Die Haftung des Nichtarztes

Helmut Grimm

1981

Dissertationsdruckanstalt Werner Blasaditsch · Augsburger Straße 8 · 8958 Füssen/Allgäu

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München
Vorstand: Prof. Dr.med. Wolfgang Spann

Die Haftung des Nichtarztes

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Helmut Grimm
aus
München
1979

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der
Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Erich Liebhardt
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. Wolfgang Spann
Dekan:	Prof. Dr. med. Wolfgang Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	17.12.1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Herrn Professor Dr. Liebhardt gilt mein Dank für die freundliche Überlassung des Themas, für die wertvollen Hinweise und die Unterstützung, die mir bei der Ausführung dieser Arbeit zuteil wurden.

Der Medizinischen Fakultät der Universität München verdanke ich hervorragende Studienmöglichkeiten.

Inhaltsübersicht

THEMA: DIE HAFTUNG DES NICHTARZTES

E i n l e i t u n g 1

H a u p t t e i l 4

A. Die strafrechtliche Haftung des Nichtarztes 4

I. Allgemeine strafrechtliche Grundsätze 4

1. Tatbestandsverwirklichung 4
2. "Handlung" 8
3. Kausalität 11
4. Rechtswidrigkeit 13
   a) Indikation zum Eingriff 14
   b) Sachgerechtheit des Eingriffs 14
   c) Kompetenz zum Eingriff 22
   d) Einwilligung des Verletzten 32
5. Schuld 41
   a) Allgemeine Gesichtspunkte 41
   b) Übernahmeverschulden 43
   c) Streik 47
6. Beweislast 48

II. Die einzelnen Straftatbestände 48

1. Fahrlässige Tötung, § 222 StGB 48
2. Fahrlässige Körperverletzung, § 230 StGB 49
3. Unterlassene Hilfeleistung, § 330 c StGB 51
4. Verletzung der Schweigepflicht, §§ 203 ff StGB 54
5. Verletzung von Anzeige- und sonstigen Pflichten 56

B. Die zivilrechtliche Haftung des Nichtarztes 58

I. Allgemeine zivilrechtliche Haftungsgrundsätze 58

1. Vertrag oder Delikt 58
2. Schaden 58
3. Kausalität 59
4. Rechtswidrigkeit 61
5. Schuld 61
6. Schadenersatz 64
7. Anspruchsberechtigter 65
8. Anspruchsverpflichteter 66
9. Beweislast 67

II. Die einzelnen Anspruchsgrundlagen 69

1. Vertragsverletzung 69
   a) Vertragliche Haftung gegenüber dem Verletzten 69
   b) Vertragliche Haftung gegenüber dem Anstellenden 71
2. Delikt 71
3. Vertrag und Delikt 74

E r g e b n i s 76

LITERATURVERZEICHNIS I

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS VII

LEBENSLAUF

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547022_0007

Einleitung

Gegenstand der Arbeit sind die haftungsrechtlichen Fragen, die entstehen, wenn ein Nichtarzt in zurechenbarer weise das Leben oder die Gesundheit eines anderen verletzt oder gefährdet. Ausgenommen ist also die Arzthaftung.

Der behandelte Personenkreis umfaßt sowohl Medizinalhilfspersonen (nichtärztliche Assistenzberufe) wie auch sonstige Personen (Laien). Die erstere Gruppe ist naturgemäß wesentlich mehr mit haftungsrechtlichen Fragen konfrontiert als diejenigen Personen, die nur gelegentlich, außerberuflich, mit der Gesundheitssorge befaßt sind. Der Kreis der Medizinalhilfspersonen umfaßt insbesondere Krankenschwestern, Hebammen, Krankenpfleger, sonstiges Krankenhauspersonal wie Masseure, Bademeister, medizinisch-technische Laborassistenten (z.B. auf den Gebieten Mikrobiologie, Hämatologie, klinische Chemie, Histologie), medizinisch-technische Radiologieassistentinnen, ferner Diätassistentinnen, Desinfektoren, Logopäden, Orthoptisten, Audiometristen, technische Assistenten (Überwachung und Einsatz technischer Apparate), aber auch Arzthelferinnen, Anlernlinge, Sprechstundenhilfen, Angestellte einer Blutbank ebenso wie solche von Transplantationszentren, ferner Einsatzsanitäter und Angehörige der Feuerwehr in Erste-Hilfe-Einsätzen. Hierzu gehören auch Studenten, die sich in der praktischen Ausbildung befinden (famuli, Studenten im "praktischen Jahr"). Ebenfalls hier einzuordnen wären aber auch die selbständig Tätigen, also insbesondere Heilpraktiker, Zulieferer von Medikamenten und aller sonst im Zusammenhang mit Diagnose und Therapie stehenden Sachen, in erster Linie also Apotheker und Großproduzenten von Pharmaka und Kosmetika, Prothesenhersteller und Bandagisten, im weiteren Sinne aber auch Verleger und Verfasser wissenschaftlicher Werke (zu denken ist hier z.B. an die schuldhafte Verursachung von Falschinformationen etwa über eine Medikamentenanwendung).

Repräsentant der zweiten Gruppe (Laien) ist der "Jedermann" in der Situation des Helfensollens und/oder Helfenwollens. Hierunter fällt z.B. der Straßenpassant, der zufällig zugegen ist, als sich ein Unfall in seiner Nähe ereignet. Hierzu zählen auch

freiwillige Sozialhelfer und sonstige Betreuer bis hin zum Familienmitglied, das die erforderlichen regelmäßigen Injektionen vornimmt (z.B. Mutter des diabeteskranken Kindes spritzt laufend Insulin).

Ein spezielles Haftungsrecht für die eine oder andere Gruppe oder für einen bestimmten Medizinalberuf besteht nicht. Auch sonst lassen sich keine eindeutigen haftungsrechtlichen Abgrenzungen finden: Das schädigende Verhalten ist bei beiden Gruppen denkbar sowohl innerhalb wie auch außerhalb eines Vertrags- oder Vertrauensverhältnisses. Bei beiden Gruppen kann der schädigende Eingriff aus einem für die Gesundheitspflege typischen oder untypischen Verhalten bestehen. Auch ist für keine der beiden Gruppen charakteristisch, ob das schädigende Verhalten auf Grund einer Weisung, weisungsgemäß oder weisungswidrig oder ohne Weisung erfolgte. In jedem zu entscheidenden Einzelfall muß also ausschließlich auf allgemeines Recht und auf die konkreten Verhältnisse abgestellt werden, wobei jedoch die berufliche Tätigkeit in einem Medizinalberuf oder allgemein die fachliche Qualifikation für die Entscheidung über die Haftung von erheblicher Bedeutung sein können.

Die Arbeit befaßt sich mit der strafrechtlichen und zivilrechtlichen Haftung des Nichtarztes. Versicherungsrechtliche Fragen werden - da mit dem Thema nur am Rande im Zusammenhang stehend - nicht behandelt. Dem strafrechtlichen Teil wird schon durch die Anordnung der Vorrang eingeräumt. Dies erscheint dadurch berechtigt, daß in der Praxis, also der prozessualen Auseinandersetzung um Haftungsfragen, der Strafprozeß immer gegen den Nichtarzt (entweder gegen ihn allein oder auch gegen andere Beteiligte) gerichtet sein wird. Demgegenüber wird im zivilrechtlichen Schadenersatzprozeß Beklagter in der Regel nicht der Nichtarzt, sondern derjenige sein, bei dem eine Zwangsvollstreckung zum Erfolg führen wird; dies ist in der überwiegenden Zahl der Fälle der Arzt, der den Schädiger beschäftigt, oder der Krankenhausträger, in dessen Diensten der Schädiger die zum Schadenersatz verpflichtende Handlung begangen hat. Diese Fälle, in denen

der Anstellende für die zum Schadenersatz verpflichtenden Handlungen einzustehen hat, bilden den weitaus überwiegenden Teil der zivilgerichtlichen Entscheidungen zum Nichtarzt-Haftungsrecht. Für den Nichtarzt ist also der strafrechtliche Aspekt wesentlich wichtiger als die zivilrechtliche Fallbeurteilung.

Hauptteil

A. Die strafrechtliche Haftung des Nichtarztes.

Im folgenden werden insbesondere diejenigen Delikte erörtert werden, die die Verletzung von Leben und Gesundheit (Tötung und Körperverletzung) oder die Gefährdung von Leben und Gesundheit (unterlassene Hilfeleistung) betreffen. Von diesen werden nur die Fahrlässigkeitsformen erörtert, da nur diese mehr oder weniger typisch mit dem Tätigwerden des Nichtarztes im eingangs erwähnten Sinne (Helfenwollen und/oder Helfensollen) verbunden sind. Es handelt sich also hier um die Tatbestände der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) und der fahrlässigen Körperverletzung (§ 230 StGB), ferner um § 330 c StGB (unterlassene Hilfeleistung). Außerdem werden am Rande spezielle Tatbestände behandelt, die die Verletzung von eigens geregelten Pflichten zum Gegenstand haben (Schweige - und Mitteilungspflichten).

I. Allgemeine strafrechtliche Grundsätze.

1. Im Strafrecht gelten gemäß §§ 1, 2 I - III StGB, Art. 103 II GG die **Grundsätze**"nullum crimen sine lege" und "nulla poena sine lege". Das bedeutet, daß im Handlungszeitpunkt die Tat mit Strafe bedroht gewesen sein muß; andernfalls ist eine Bestrafung unzulässig. Damit ist einmal die Rückwirkung von Strafgesetzen ausgeschlossen, zum anderen aber auch festgelegt, daß nur Handlungen, die im Gesetz aufgeführt sind, strafbar sind. Dies letztere Erfordernis der Tatbestandsmäßigkeit einer Handlung, also der Subsumierbarkeit eines Verhaltens unter eine strafrechtliche Vorschrift, ist für alle (ärztliche und nichtärztliche) Heileingriffe von erheblicher Bedeutung. In rein tatsächlicher Hinsicht ist jede Blutentnahme, Injektion, Biopsie, Operation, Narkose, Röntgenbestrahlung, Elektroschock zweifellos eine Körperverletzung, da diese Handlungen die körperliche Integrität unter nicht unerheblicher Gewebsveränderung und Beeinflussung des Körperstoffwechsels beeinträchtigen; andererseits würde man - wieder nur in tatsächlicher Hinsicht - eine oberflächliche Massage oder etwa einen normalen Haarschnitt nicht als Körperverletzung ansehen. Die Frage jedoch, ob die erstgenannten Eingriffe auch in recht-

licher Hinsicht eine Verwirklichung von Straftatbeständen darstellen oder ob sie gegebenenfalls als sozialadäquate und den üblichen Geschehnisabläufen entsprechende und vom Strafrecht auszuklammernde Vorgänge sind, hat zu lebhaften Auseinandersetzungen nicht nur zwischen den Heilberufen und den Juristen geführt, sondern auch verschiedene Ansichten in der juristischen Lehre zur Folge gehabt. Aus dem medizinischen Lager wird gerne - oft nicht emotionslos - geltend gemacht, ein Heileingriff sei begrifflich etwas ganz anderes als z.B. der Messerstich des Rowdies 1/; die Behandlung des kranken Patienten zur Wiederherstellung seiner Gesundheit sei keine Körperverletzung[2]/. Andere medizinische Autoren haben keine Bedenken, den Heileingriff tatbestandlich als Körperverletzung anzusehen[3]/. Einige weisen mit Recht darauf hin, daß damit nichts über Vorwerfbarkeit oder Strafbarkeit ausgesagt sei[4]/. In der juristischen Literatur werden im wesentlichen folgende Auffassungen vertreten: Eine Richtung[5]/ unterscheidet zwischen Heileingriffen mit und ohne Substanzverlust. Eine gelungene Maßnahme ohne Substanzverlust sei tatbestandlich keine Körperverletzung, da es bereits am Erfolgsunwert fehle; eine Ausnahme hiervon wird z.B. für den Fall völlig unzureichender Anästhesie gemacht. Hingegen könne bei wesentlichen Substanzveränderungen (z.B. auch Persönlichkeitsveränderungen durch Psychopharmaka) der Erfolgsunwert allenfalls dann verneint werden, wenn der Eingriff insgesamt betrachtet zu einer Gesundheitsverbesserung führt und das (tatbestandsausschließende) Einverständnis des Betroffenen vorliege. Tatbestandsmäßig sei dagegen der Eingriff, bei dem der Patient nachher kränker sei als vorher. - Nach einer anderen Meinung[6]/ ist der sachgemäß

1/ BOCKELMANN 2 S. 62 m.Nachw.
2/ HALLERMANN 1 S. 28
3/ LIEBHARDT-SPANN S. 274; BERG S. 44; BRENNER 2 S. 203
4/ KOHLHAAS 1 S. 1158
5/ SCHRÖDER NJW 1961/952; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 32, 33
6/ ENGISCH ZStW 58/5; SCHMIDT S. 69 ff. WELZEL § 39 I 3 a; MEZGER-BLEI BT § 14 IV

durchgeführte Heileingriff nie eine tatbestandsmäßige Körperverletzung unabhängig davon, ob er erfolgreich ist oder nicht; zur Begründung wird geltend gemacht, es sei nicht zulässig, ex post einen Eingriff zu pönalisieren, der ex ante vom medizinischen Standpunkt aus notwendig war. - Eine weitere Ansicht [1] stellt darauf ab, ob der Heileingriff gelungen ist oder nicht. Bei erfolgreichem Eingriff sei Tatbestandsmäßigkeit nicht gegeben, anders bei einem mißglückten Eingriff, auch wenn dieser "lege artis" [2] durchgeführt wurde. - Nach allen Meinungen sind nicht "lege artis" durchgeführte Eingriffe (sog. Kunstfehler [3]) eine Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuchs. Ebenfalls tatbestandlich seien alle Eingriffe gegenüber dritten Personen, die zur Heilung anderer vorgenommen werden (z.B. Organ- oder Blutentnahmen für Organtransplantationen bzw. Bluttransfusionen). - Demgegenüber

---

1/ MAURACH BT § 8 II

2/ d.h. unter Beachtung der von der medizinischen Lehre, Forschung und Praxis anerkannten und zur Zeit des Eingriffs gültigen Regeln und Erkenntnissen der ärztlichen Wissenschaft;
vgl. LIEBHARDT-SPANN S. 277; ähnlich BGHZ 1/386, 8/140.

3/ Der Ausdruck "Kunstfehler", der nicht nur bei Eingriffen des Arztes, sondern gelegentlich auch bei Maßnahmen von Hilfspersonen angewendet wird, ist sprachlich falsch und sollte daher vermieden werden. Ein medizinischer Eingriff sollte mit Kunst, also mit Handeln je nach Geschmack, nie etwas zu tun haben. Es ist daher verfehlt, wenn z.B. PERRET 1 S. 79 sagt, daß "jede Operation ein Kunstwerk" sei. Jeder Heileingriff kann vielmehr nur geleitet sein von (wissenschaftlicher) Kenntnis, ferner von Erfahrungssätzen und handwerklicher Fertigkeit; nur mit diesen Mitteln kann die eine, optimale Behandlung durchgeführt werden. "Kunstfehler" kann leicht durch das weniger anspruchsvolle "Behandlungsfehler" ersetzt werden.

hat die westdeutsche Rechtsprechung[1] konsequent daran festgehalten, daß jeder medizinische Eingriff eine tabestandliche Körperverletzung ist. In diesem Zusammenhang ist unerheblich, ob der Eingriff gelungen oder mißglückt, sachgerecht oder fehlerhaft ist. Dieser Ansicht ist zuzustimmen, da sie sich auf folgendes überzeugende Argument stützt: Aufgabe der Rechtsordnung muß es sein, die eigenmächtige Heilbehandlung zu verhindern. Würde man jedoch den sachgerechten, nicht schädigenden Heileingriff als nicht tatbestandsmäßig erklären, so würde damit die Möglichkeit entfallen, gegen einen Arzt oder ärztliches Personal wegen einer vom Patienten nicht genehmigten oder sogar untersagten gelungenen Behandlung einzuschreiten. Die Rechtsprechung hat sich zu Recht auf den Standpunkt gestellt, daß der Wille des entscheidungsfähigen Patienten Vorrang haben muß vor dem Willen des Arztes oder des Pflegepersonals, der Patient also nicht Objekt ärztlicher oder nichtärztlicher Entscheidungshoheit sein darf. Die gegenteilige Ansicht würde auf die Bevormundung und Entmündigung des Patienten hinauslaufen. Überdies sind durchaus Fälle denkbar, in denen der Arzt oder das Pflege- und Hilfspersonal Fehlbeurteilungen oder Irrtümern ausgesetzt sind, während der Patient besser informiert ist und in der Lage sein muß, seinen eigenen, richtigen Willen durchzusetzen. Dies ist schon oft dann der Fall, wenn ein über längere Zeit kranker Patient sich notgedrungen überdurchschnittliche Kenntnisse über seine Krankheit verschafft hat, erst recht aber dann, wenn ein Mediziner

---

1/ Seit RGSt 25/375, ferner z.B. RGSt 38/64 und 61/256;
BGH NJW 56/1106; BGHSt 11/111; BGHZ 29/46 und 176; BGHSt12/379
OLG Köln VersR 1978/551 = KDR § 276 BGB I - 7/78; BGH JZ 1964/231 = KDR § 230 StGB 1964-23-360.
Ebenso Kohlhaas 1 S. 1158, Kohlhaas 2 S. 1735
Bockelmann 1 S. 946 und 2 S. 85 billigt zwar das Interesse des Patienten, vor Eigenmächtigkeiten von Medizinalpersonen geschützt zu sein, hält jedoch die Konstruktion der Rechtsprechung (Lösung über die Tatbestandsfrage) nicht für richtig.
Die mitteldeutsche Rechtsprechung erblickt im sachgemäßen Heileingriff keine tatbestandliche Körperverletzung, vgl. Oberstes Gericht DDR S. 180.

selbst Patient ist. Darüber hinaus muß sichergestellt werden, daß auch sonst niemand zu seinem Glück gezwungen werden kann. BOCKELMANN [1]/ formuliert: " Voluntas aegroti suprema lex", nicht "salus aegroti suprema lex". - Die Frage der Tatbestandsmäßigkeit der Körperverletzung ist von erheblicher, teilweise wohl auch von der Rechtsprechung beabsichtigter Auswirkung auf die Beweislastverteilung im Prozeß. Sowohl im Strafprozeß, mehr jedoch im Zivilprozeß, wirkt sich aus, daß die (an)klagende Seite nicht in jedem Fall die Fehlerhaftigkeit des Verhaltens z.B. der Krankenschwester beweisen muß. Die Verurteilung des Angeklagten bzw. Beklagten wird oft dadurch erreicht, daß dieser nicht die Einwilligung des Verletzten beweisen kann[2]/. Auf die Punkte Rechtswidrigkeit und Einwilligung wird weiter unten näher eingegangen [3]/

2. Soll das Verhalten des Nichtarztes strafrechtliche Konsequenzen haben, so muß er eine "Handlung" begangen haben. Das bedeutet, daß jedenfalls Reflexbewegungen und Verhalten im bewußtlosen Zustand auszuschließen sind. Darüberhinaus besagt der Handlungsbegriff, daß der Tatbestand nicht nur durch aktives Tun, sondern auch durch Unterlassen, also "etwas nicht tun", begangen werden kann, wobei eine Unterlassung erst dann anzunehmen ist, wenn in dem Verhalten kein positives Tun zu erblicken ist.
§ 13 StGB regelt die Voraussetzungen der strafbaren Unterlassung im Falle des unechten Unterlassungsdelikts. Danach ist eine Unterlassung nur dann strafbar, wenn der Täter dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt (und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestands durch ein Tun entspricht). Diese Garantenstellung ist vom Gesetz nicht näher umschrieben, ist vielmehr der Abgrenzung und Ausfüllung durch Rechtsprechung und Lehre überlassen worden. Die Garantenstellung kann nach herkömmlicher Einteilung begründet sein durch Rechtssatz (Gesetz, Verordnung, Gewohnheitsrecht), aus tatsächlicher Gewährsübernahme für das betreffende Rechtsgut (wobei es nicht auf das Vorliegen eines formellen Vertrages ankommt), aus vorausgegangenem gefährdendem Tun, durch konkrete Lebensbeziehung oder spezielles Treueverhältnis, durch enges familiäres Band, Lebensgemeinschaft

---

1/BOCKELMANN 1 S. 946
2/ Vgl. LAUFS S. 89; BERG S. 51
3/ Vgl. S. 13 ff und 32 ff.

oder Gefahrengemeinschaft. Eine neuere Einteilung [1] unterscheidet danach, aus welcher Richtung die abzuwehrenden Gefahren kommen, einmal aus allen Richtungen (z.B. gegenseitige Schutzpflicht zwischen Ehegatten, zwischen Eltern und Kindern, zwischen Geschwistern oder sonst bei engen Lebensgemeinschaften, ferner Pflichten des Badewärters gegenüber seinem Badegast, der Kinderpflegerin gegenüber dem Kind), zum anderen aus der Richtung des Garanten, was diesen für die von ihm selbst eröffneten Gefahrenquellen und für eigenes vorangegangenes Tun verantwortlich macht. Es kann dahingestellt bleiben, welche Einteilung zweckmäßig ist, da die nach dem Thema typischen und häufigen Garantensituationen in jedem Fall erfaßt werden. Mit den folgenden Beispielen soll gezeigt werden, in wie vielerlei Lebensbereichen und Erscheinungsformen der Nichtarzt in eine zum erfolgabwendenden Tun verpflichtende Garantenstellung eingespannt ist: Die Eltern als Garanten für ihre Kinder haften strafrechtlich, wenn sie ihre gesetzlichen Personensorgepflichten (§ 1626 BGB) nicht erfüllen, also z.B. den Arzt nicht hinzuziehen, obgleich dies offensichtlich erforderlich ist; wenn die erforderlichen Medikamente nicht beschafft oder nicht verabreicht werden oder wenn die vom Arzt als dringend erforderlich bezeichnete Operation nicht veranlaßt wird. Eine gesetzlich begründete Garantenstellung können auch öffentlichrechtliche Organe und Behörden haben [2]. Eine Verletzung einer derartigen (Vor-) Sorge- und Handlungspflicht könnte sich strafrechtlich allerdings nur gegen einzelne Bedienstete auswirken. Eine typische, jedoch nicht unmittelbar unter das Thema fallende Konstellation ist die Nichtbeachtung von Sicherungsvorschriften der Eisenbahnverwaltung durch deren Bedienstete. Auf dem Gebiet der Gesundheits(vor)sorge trifft die Gesundheitsbehörden z.B. die Garantenpflicht, Seuchen zu verhindern oder zu bekämpfen. Die an der Gesetzgebung beteiligten Organe haben die sich aus den jeweiligen Verfassungen ergebenden Garantenpflichten, die für die Gesundheit der Bevölkerung erforderlichen Vorschriften zu erlassen; diese Vorschriften hätten

---

1/ SCHÖNKE-SCHRÖDER § 13 Anm. 10 ff.
2/ Vgl. die von SCHÖNKE-SCHRÖDER § 13 Anm. 31 für öffentliche Bedienstete gebrachten Beispiele.

sich natürlich ihrerseits im Rahmen des Verfassungsrechts zu bewegen, müßten also insbesondere die Grundrechte respektieren. Diese Garantenpflichten ergeben sich für die Regierungen expressis verbis aus den von den Ministern zu leistenden Eiden (vgl. Art. 64 II, 56 GG), im übrigen aber auch ohne spezielle Regelung aus der jeweiligen Aufgabenstellung. Nachdem sich nach jahrzehntelangen Forschungen eindeutig ergeben hat, daß das Zigarettenrauchen gesundheitsschädlich ist, wären die zuständigen Parlamente und Regierungen, genau gesagt deren zuständige Mitglieder, als Garanten verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen für Abhilfe zu sorgen. Daß dies bisher mit untauglichen Mitteln geschehen ist, ergibt sich daraus, daß der Zigarettenkonsum nach wie vor hoch ist.

Eine Garantenstellung aus tatsächlicher Gewährübernahme wird oft in Form eines Vertrages begründet. Dies trifft insbesondere für das Krankenpflegepersonal, also für die Schwestern und Pfleger zu. In folgenden Fällen wäre die pflichtwidrige Unterlassung als strafrechtlich erheblich anzusehen: Die Schwester hat es unterlassen, die ihr vom Arzt mündlich gegebenen Verordnungen wegen der naheliegenden Gefahr des Verhörens zu wiederholen oder abzeichnen zu lassen; die Operationsschwester hat es unterlassen, die Zahl der für die Operation bereitgestellten und verwendeten Tupfer, Bauchtücher, Drains und Instrumente zu kontrollieren und damit zu verhindern, daß Operationsgegenstände nach der Operation im Patienten verbleiben; die Schwester verdünnte nicht anweisungsgemäß ein Medikament vor der Verabreichung [1]/ oder sie unterrichtete nicht den Arzt von besonderen Vorkommnissen. Hingegen ist es grundsätzlich nicht die Pflicht einer Krankenschwester eines Krankenhauses, von sich aus eine ärztliche Anordnung etwa zur Vorbereitung einer Spritze auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Sie braucht deshalb die Anweisungen auf den Ampullen regelmäßig

---

1/ Diese Fälle (berichtet von PERRET 1 S. 32, 36, 74 ff.) waren Anlaß zu Strafverfahren gegen die betreffenden Ärzte wegen Verletzung der Überwachungspflicht. Die Sachverhalte begründen jedoch auch gegen die Schwestern den Vorwurf der pflichtwidrigen Unterlassung.

nicht durchzulesen und nicht zu überlegen, ob die Verordnung des Arztes der aufgedruckten Verordnungsweise entspricht [1]. Die Frage, ob ein Personalstreik in Krankenhäusern (wie vor einigen Monaten in England) als tatbestandsmäßiges Unterlassen zu werten ist, ist ohne Bedenken zu bejahen. Unten wird weiter erörtert, unter welchen Voraussetzungen eine derartige Einstellung der Pflegetätigkeit strafbar wäre [2].

3. Die Handlung muß mit der Tatbestandsverwirklichung, dem Erfolgseintritt, durch strafrechtlich erhebliche Ursächlichkeit verbunden sein. Nach ständiger Rechtsprechung [3] und auch nach der überwiegenden Lehre [4] gilt die Bedingungs- oder Äquivalenztheorie; hiernach ist jede Handlung kausal, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne daß der Erfolg entfiele (conditio sine qua non); jede derartige Handlung ist ursächlich gleichwertig und zwar auch dann, wenn sie nicht die einzige oder auch nur die Hauptursache gewesen ist [5]. Ursächlichkeit ist auch dann gegeben, wenn es sich um mittelbare Kausalität handelt: Die Schwester bereitet irrtümlich eine falsche Injektion vor, die der Arzt dann verabreicht (die Frage, wie weit die Sorgfaltspflicht des Arztes reicht, braucht hier nicht untersucht zu werden). Oder: In der Fachliteratur wird die Menge eines zu verabreichenden Medikaments falsch veröffentlicht, dem Patienten wird entsprechend eine falsche, körperverletzende Injektion gemacht. Oder: Die Nachtschwester oder der Krankenhausportier verweigert die Aufnahme eines Notfalls, die Abweisung als solche hat eine Verschlimmerung in der Regel nicht unmittelbar zur Folge, vielmehr erst der anschließende Zeitablauf und die Verzögerung der Behandlung. - Ein Unterlassen ist dann ursächlich, wenn die unterlassene, dem Täter mögliche und gebotene Handlung nicht hinzugedacht werden kann, ohne daß der Erfolg mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit entfiele. Beim Fahr-

---

1/ BGH NJW 1954/1536 = KDR § 222 StGB 1954-51-803
2/ S. 47
3/ RGSt 1/373, 77/17, BGHSt 1/332, 24/34
4/ BOCKELMANN 2 S. 90; SCHULZ 1 S. 128; SCHÖNKE-SCHRÖDER bis 17. Auflage, Anm. 57 vor § 1, mit Einschränkung 19. Auflage Anm. 74 ff. zu §§ 13 ff.; WELZEL S. 43.
5/ SCHÖNKE-SCHRÖDER Vorbem. 77 vor §§ 13 ff.

lässigkeitsdelikt entfällt die Kausalität, wenn der Erfolg mit Sicherheit auch bei objektiv pflichtgemäßem Handeln eingetreten wäre [1]. Gegenüber dieser Äquivalenztheorie haben die in der Lehre vertretene Adäquanztheorie wie auch die Relevanztheorie keine praktische Bedeutung.

Bei Zugrundelegung der Äquivalenztheorie ist es selbstverständlich, daß eine Ursache auch dann Ursache im Rechtssinne bleibt, wenn außer ihr noch andere Ursachen zur Herbeiführung des Erfolges beigetragen haben und daß insbesondere der Ursachenzusammenhang nicht unterbrochen wird, wenn durch Handlungen zurechnungsfähiger Dritter oder neue selbständige Ereignisse Zwischenursachen gesetzt worden sind, ohne die der rechtswidrige Erfolg nicht eingetreten wäre [2]. Allerdings soll niemand für Folgen, die außerhalb jeder Lebenserfahrung liegen und selbst von dem Gewissenhaften nicht vermieden werden können, einstehen müssen. So war vom OLG Köln [3] der Fall zu entscheiden, daß eine Apothekerin bei einem Kind eine Vitaminvergiftung ausgelöst hatte und das Kind dann nach der Einlieferung ins Krankenhaus dort mit Grippeviren infiziert wurde und dadurch starb. Bei derartigen ungewöhnlichen Kausalverläufen stellt die Rechtsprechung darauf ab, ob der konkrete Erfolg und der Kausalverlauf für den Täter in dem Sinne voraussehbar und beherrschbar waren, daß nur der wirklich eingetretene, nach der Lebenserfahrung zu erwartende Verlauf der Dinge zugerechnet wird, den dieser Täter nach Maßgabe seiner Einsichtsfähigkeit voraussehen konnte. Der Fall wurde an die Vorinstanz zur erneuten Entscheidung zurückverwiesen, insbesondere zur Prüfung der Frage, ob die Grippeinfektion das Kind unabhängig von der Schwächung durch die vorhergehende im Abklingen begriffene Vitaminvergiftung befallen hat, oder ob gerade diese Schwächung erst den tödlichen Ausgang erklärte.

1/ BGHSt 11/1 ff = NJW 1958/149; OLG Oldenburg NJW 1971/631 = KDR § 230 StGB I - 1/1971
2/ RGSt 61/318, 64/316; BGHSt 4/360 = KDR § 222 StGB 1954-14-210
3/ NJW 1956/1848 = KDR § 222 StGB 1957-4-58

Entsprechend hat das OLG Celle [1] entschieden, daß der Erfolg nur im Endergebnis voraussehbar zu sein braucht, die dazwischenliegende Einzelentwicklung darf allerdings nicht außerhalb des gewöhnlichen Verlaufs der Dinge liegen. In diesem Fall war der Verletzte nach der vom Täter begangenen Körperverletzung ins Krankenhaus gebracht worden und dort möglicherweise an einem Behandlungsfehler gestorben. Hier wurde der Kausalverlauf als nicht so außerhalb aller Lebenserfahrung angesehen, daß nicht der Täter dafür hätte einstehen müssen. - Besteht der Eingriff in den Kausalverlauf in einem Mitverschulden des Getöteten oder Verletzten, so ist diese Abänderung des Kausalverlaufs dem Täter nur dann nicht zuzurechnen, wenn das Mitverschulden in einem gänzlich vernunftwidrigen Verhalten besteht [2]. In diesem Zusammenhang wäre der Fall denkbar, daß das Krankenhauspersonal dem frisch Operierten einen nicht sterilen Wundverband angelegt hat, eine lebensbedrohende Sepsis entstanden ist, das Personal es jedoch unterlassen hat, die erforderliche Verbandkontrolle durchzuführen und die Gefahr zu beheben. Der Patient setzte sich entgegen den ausdrücklichen, wiederholten Weisungen des Arztes starker Zugluft aus und verstarb an einer Lungenentzündung. Diese Todesfolge wäre dem Personal nicht zuzurechnen, sofern die Sepsis nicht mit Sicherheit zum Tode geführt hätte.

4. Eine Tatbestandsverwirklichung kann nur dann bestraft werden, wenn sie rechtswidrig ist. Dies ist dann der Fall, wenn es an einer der folgenden für die Rechtmäßigkeit erforderlichen Voraussetzungen fehlt:

a) Der Eingriff muß indiziert sein,

b) der Eingriff muß sachgerecht sein,

c) der Eingriff muß durch einen Kompetenten vorgenommen worden sein,

d) die Einwilligung des Verletzten muß vorliegen.

Ein Teil der Lehre [3] ist zwar der Auffassung, daß das Fehlen

---

1/ NJW 1958/271 = KDR § 222 StGB 1958-15-230
2/ BGH VRS 1954/436 = KDR § 222 StGB III - 2/78
3/ Vgl. SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 32 ff., insbes. 34 - 37, 49 ff.

einiger oder aller obigen Punkte tatbestandsbegründend wirkt bzw. der Tatbestand der Körperverletzung erfüllt sei, wenn alle obigen Punkte vorliegen. Aus den früher genannten Gründen kann dieser Ansicht jedoch nicht gefolgt werden.

a) Der Eingriff ist dann indiziert, wenn er zur Erhaltung von Leben oder Gesundheit bzw. der Beseitigung von körperlichen oder seelischen Störzuständen angezeigt erscheint. Die Tat darf - trotz Einwilligung - nicht gegen die guten Sitten verstoßen (vgl. § 226 a StGB). Rechtswidrig wären also z.B. Doping, Gesichtschirurgie zur Irreführung von Behörden hinsichtlich der Personenidentität des Operierten, Humanexperimente. Damit wären alle im Zusammenhang mit derartigen Maßnahmen stehenden Handlungen von Hilfspersonal, soweit sie Eingriffe in die körperliche Integrität darstellen, rechtswidrig.

b) Der Eingriff kann grundsätzlich nur dann rechtmäßig sein, wenn er sachgerecht durchgeführt wurde [1]/. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn sich die Handlung im Rahmen der ärztlichen Wissenschaft in technisch einwandfreier Form, beides projiziert auf den Zeitpunkt des Eingriffs, bewegt. So muß z.B. der geschulte Helfer in der Notfallsituation die jeweils richtige, d.h. angemessene Lagerung des Verunglückten (stabile Seitenlage, Bauchlage, Schocklagerung usw.) bewirken; er darf nicht zu brüsk oder mit zu starker Gewalt eine Herzmassage durchführen und dadurch Thorax und Lungen verletzen; der Heilpraktiker muß seine Chiropraktik auf die jeweilige Erkrankung und auf die Knochenbeschaffenheit des Patienten abstellen; der Apotheker darf nicht ungeeignete Medikamente herstellen oder vertreiben, ihm ist auch verboten (abgesehen von einfachsten Fällen), Therapie ohne Diagnostik zu treiben [2]/; die Krankenschwester muß die Vorschriften über Hygiene und Sterilität beachten; die Anaesthesieschwester oder der Student dürfen bei einer Intubation nicht das Gebiß des Patienten beschädigen oder Blutungen in der Trachea hervorrufen; Masseur und Bademeister müssen die Regeln über Kontraindikationen be-

---

1/ BGH VI ZR 125/58 v. 30.6.1959, berichtet von BÖSCHE 1 S. 82

2/ Ganz allgemein ist ihm untersagt, berufs- oder gewerbsmäßig die Heilkunde auszuüben (Abschaffung der Kurierfreiheit durch das Heilpraktikergesetz vom 17.2.1939 - RGBl.I S. 251). Verkauft ein Apotheker ein Medikament auf Grund einer "Beratung", so wäre diese schon nicht mehr als unentgeltlich und damit als unzulässig anzusehen.

achten; die Röntgenassistentin muß z.B. darauf achten, daß erforderlichenfalls die Keimdrüsen der Patienten abgeschirmt werden, daß Schwangere grundsätzlich keiner Strahlenbelastung ausgesetzt werden, daß allgemein nur die geringstmögliche Strahlenintensität angewendet wird [1]; die mit der Durchführung der Ergometrie befaßte Angestellte hat die Belastung vorschriftsmäßig zu regeln, Konditionsveränderungen des Patienten laufend zu überwachen und den Gesamtablauf in geeigneter Weise zu protokollieren; der technische Assistent ist z.B. verpflichtet. die ihm anvertrauten medizinischen Apparate in vorgeschriebener und angemessener Weise zu kontrollieren, wiederherzustellen oder Fehler zu melden; die Arzthelferin, die Laborantin. die Krankenschwester oder der famulus haben die Blutabnahme in der Weise vorzunehmen [2], daß die Erfordernisse hinsichtlich Sterilität und Vermeidung von zusätzlichen Verletzungen des Patienten z.B. durch paravenöse Einstiche beachtet werden.

Dieser letzte Punkt leitet zu der für die Praxis sehr wichtigen Frage über, wie Injektionen und Blutentnahmen durchzuführen sind. Dieser Problemkreis ist Gegenstand umfangreicher und häufiger Erörterungen durch Literatur und Rechtsprechung. In Anbetracht seiner Bedeutung soll dieser Komplex hier näher dargestellt werden. Zunächst ist danach zu unterscheiden, wohin der Einstich erfolgen soll bzw. erfolgt. Injektionen können bekanntlich subkutan, intramuskulär (u.U. intrakardial), intravenös oder intraarteriell gemacht werden. Der Injektionsort ist entscheidend für die Frage, wie die Injektion vorzunehmen ist, d.h. unter welchen Gegebenheiten sie als sachgerecht oder fehlerhaft anzusehen ist.
Bereits die subkutanen Injektionen können, wenn auch seltener, die Ursache von Gesundheitsbeschädigungen sein; auch in diesen Fällen ist denkbar, daß durch falsche Wahl des Injektionsortes ein Gefäß direkt oder ein Nerv unmittelbar oder durch Diffusion

---

1/ Vgl. die beiden von THIERSCH S. 70 f. berichteten Fälle
2/ Unter welchen Voraussetzungen eine Arzthelferin überhaupt eine Venenpunktion vornehmen darf, wird unten S.22 erörtert.

getroffen wird oder daß unsteril gearbeitet oder versehentlich ein Toxin verwendet wurde. In jedem Fall ist Voraussetzung für die sachgerechte Durchführung, daß sich an der betreffenden Stelle die Haut in einer Falte abheben läßt und daß dann in diese Hautfalte oberflächenparallel eingestochen wird. Bei zu flacher (fehlerhafter) Einspritzung können je nach Mittel Hautnekrosen entstehen, bei zu tiefer (fehlerhafter) Injektion können die auch bei intramuskulären Einspritzungen möglichen Schäden (Nerven- oder Gefäßverletzungen) entstehen [1].

Größer ist die Zahl der Zwischenfälle bei intramuskulären Injektionen. Hier ist die Wahl des Injektionsortes von großer Bedeutung. Es bieten sich insbesondere die oberen äußeren Quadranten der Gesäßmuskulatur (musc. glut. med.), daneben die Muskulatur der Oberschenkel und des Oberarms an [2]. Derjenige, der eine intramuskuläre Injektion durchführt, muß sich darüber im klaren sein, daß sich das gespritzte Medikament bereits in wenigen Sekunden über 30 cm und mehr weit ausbreitet [3]. Er muß also nicht nur das direkte Treffen von Gefäßen oder Nerven zu vermeiden trachten, er muß vielmehr auch versuchen, von diesen möglichst entfernt zu injizieren. Student, Krankenschwester, Pfleger, Sprechstundenhilfe und z.B. Eltern, die ihren Kindern Injektionen machen, müssen sonach hinreichende Kenntnisse der Anatomie der betreffenden Körperregionen haben [4]. Für die Injektion in die Gesäßmuskulatur ist also mindestens die Kenntnis erforderlich, daß im Bereich des musculus glutaeus medius [5] unterhalb der crista iliaca Gefäße und Nerven außerordentlich schwach vertreten sind und ferner, daß der nervus ischiadicus etwa in der Mitte der Höhe der Gesäßregion, ventral, in diese eintritt [6]. Für die sachgerechte Injektion

---

1/ Vgl. GOLDHAHN-SCHLAGER S. 32 f.
2/ Vgl. GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 33 ff.
3/ Vgl. GOLDHAHN-SCHLAGER a.a.O.; vgl. auch BGH VI ZR 125/58 vom 30.6.1959, berichtet von BÖSCHE 1 S. 82
4/ Vgl. BGHZ NJW 1959/1959, 2302 f. betr. Krankenschwester
5/ Wird dieser Muskel bzw. der nervus glutaeus superior gelähmt, so wird die Gehfähigkeit schwer beeinträchtigt; der Gang wird watschelnd wie bei einer Ente, vgl. VOSS_HERRLINGER I S. 218
6/ durch das foramen ischiadicum majus/foramen infrapiriforme, dann verlaufend zwischen tuber ischiadicum und trochanter major und die mm. gemelli und den m. obturatorius int. überquerend und im weiteren Verlauf abwärts zum Oberschenkel ziehend (vgl. VOSS-HERRLINGER III S. 138 f.)

in die Glutäalmuskulatur ist also erforderlich, daß in den oberen äußeren Quadranten [1]/ und zwar sicherheitshalber in die oberen Anteile [2]/ eingestochen wird. Ferner muß beachtet werden, daß der Nadelstich nicht medial, sondern sagittal, also senkrecht zur Frontalebene, erfolgt [3]/. Der Injizierende hat aus Sicherheitsgründen darauf zu achten, daß der liegende Patient sich in Bauchlage befindet und daß beim stehenden Patienten die Injektion von hinten bei beidseitig entblößtem Gesäß erfolgt [4]/. Bei jeder intramuskulären Injektion ist unabdingbare Voraussetzung, daß vor der Injektion zunächst durch Aspiration geprüft wird, ob man nicht in ein Gefäß geraten ist. Ferner wäre es nicht sachgerecht, wenn der Injizierende bei Auftreten von Schmerzen [5]/ nicht sofort die Injektion abbräche; dies gilt für alle Formen der Einspritzung.

Die Körperregion der zweiten Wahl für intramuskuläre Injektionen ist die Muskulatur des Oberschenkels. Hier ist besonders die vordere und äußere Partie in der Höhe der Grenze zwischen dem oberen und dem mittleren Drittel arm an Nerven und Gefäßen und deshalb für Einspritzungen geeignet [6]/. Dieser Injektionsort dürfte sich besonders bei bettlägerigen Schwerkranken empfehlen. - Die Injektionsstelle der dritten Wahl ist der Oberarm und zwar für kleinere Einspritzungen bis zu 2 ml die Bizepsgegend, im übrigen die Oberarmstreckmuskulatur [7]/. In der Literatur wird darauf hingewiesen, daß Oberarminjektionen verhältnismäßig häufig mit Radialislähmungen und anderen

---

1/ BAY S. 507; GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 34; BGH VI ZR125/58 v.30.6.59, berichtet von BÖSCHE 1 S. 82 und BGH VI ZR 181/58 ebenfalls vom 30.6.1959, berichtet von BÖSCHE 2 S. 702 f.
2/ Vgl. die von GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 34 und S. 41 wiedergegebene Meinung von Scheid.
3/ Vgl. die beiden unter Fußn. 1/ zitierten BGH-Entscheidungen. BAY S. 507, der mit dieser Forderung weiter geht als GOLDHAHN-SCHLÄGER a.a.O., die den Einstich senkrecht zur Hautoberfläche erfolgen lassen wollen.
4/ BAY a.a.O.
5/ Ein sich blitzartig von der Rückseite des Oberschenkels über die Wade bis in den Fuß ausbreitender Sofortschmerz bedeutet eine unmittelbare Schädigung des n.ischiadicus, GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 35; BAY S. 505.
6/ GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 34, 39, 40.
7/ GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 40

Spritzenschäden verbunden sind. Der Oberarm sollte also nur dann gewählt werden, wenn die beiden anderen vorerwähnten Körperregionen - etwa wegen eines großen Becken-Bein-Gipses - ausscheiden [1]/. - Schließlich ist allgemein darauf hinzuweisen, daß der Injizierende bei Kindern besondere Vorsicht walten zu lassen hat, da hier bei intramuskulären Injektionen wegen kleinerer anatomischer Maße häufiger als bei Erwachsenen Spritzenschäden auftreten [2]/. Hier wäre also beim Nichtarzt in besonderem Maße die Gefahr gegeben, daß er nicht sachgerecht handelt.

Die vorerwähnten "gängigen" Körperregionen werden in der Regel gewählt, um Medikamente allgemein zu inkorporieren. Daneben sind Injektionen häufig, die speziell intramuskulär in bestimmte Körperpartien vorgenommen werden in der Erwartung, daß hier lokal eine günstige Wirkung eintritt. Typische Beispiele sind Injektionen in die Rücken- oder Halsmuskulatur in die Nähe der Rückenmarksnerven-Austrittsstellen. Zumindest auch von Heilpraktikern werden derartige Einspritzungen vorgenommen. Die Gefahr, daß insoweit nicht sachgerecht verfahren wird, ist hier naturgemäß besonders groß.

Bei den intravenösen Injektionen und Infusionen kommen solche insbesondere in die oberflächlichen Arm- und Handvenen, die Venen am Bein (einschließlich der Krampfadern), evtl. auch Fußvenen, die vena jugularis und die vena subclavia, bei Kindern die Kopfschwartenvenen in Betracht. Die drei letzteren scheiden für den Nichtarzt praktisch aus. Hingegen werden die Armvenen (seltener die Handvenen) täglich in tausenden von Fällen durch ärztliches Hilfspersonal zur Blutabnahme oder für Einspritzungen punktiert. Es handelt sich hier insbesondere um die Hautvenen im Bereich der Ellenbeuge, also um die vena cephalica (Radialseite), die vena basilica (Ulnarseite), die vena mediana antebrachii (fakultativ vorhanden), die vena mediana cephalica und die vena mediana cubiti;

1/ GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 40
2/ GOLDHAHN-SCHLÄGER a.a.O.; BGH v. 30.6.1959 VI ZR 125/58, berichtet von BÖSCHE 1 S. 83

Anlage und Anordnung kommen in zahlreichen Variationen vor. Der Umstand, daß Venenpunktionen laufend in unzähligen Fällen vorgenommen werden (sowohl von Ärzten wie auch von Nichtärzten, insbesondere Krankenschwestern und Studenten) hat zur Folge, daß eine zwar relativ geringe, doch absolut nicht unerhebliche Zahl von Körperverletzungen immer wieder die Gerichte, Gutachter und Versicherungen beschäftigt. Zwar bedeutet ein Spritzenschaden auch hier nicht immer, daß unsachgemäß gearbeitet wurde, doch kommen hinreichend Fälle vor, in denen eindeutig dilettantisch und sachwidrig verfahren wurde. Der Injizierende hat in jedem Fall die Erfordernisse der Sterilität zu beachten. Er muß sich sodann davon überzeugen, daß er ein Gefäß erreicht hat und daß es sich bei diesem Gefäß um eine Vene und nicht um eine Arterie handelt. Dies ergibt sich nicht immer eindeutig allein aus der Lage der Ader, da dicht unter den Venen der Ellenbeuge, nur durch die dünne Faserplatte des lacertus fibrosus getrennt, die arteria brachialis verläuft. Es geschieht bei einiger Unachtsamkeit leicht, die Arterie paravenös anzustechen oder sie an der Vene vorbei zu treffen [1]. Dies hat nicht immer, jedoch häufig nachteilige Wirkungen, da das Medikament weniger verdünnt rasch ins Kapillargebiet gelangt. Zudem besteht die Gefahr von Gefäßkrämpfen mit der Folge von Dauerstasen, Thrombosen und Gewebsuntergängen [2]. Der Injizierende muß also vor Injektion durch Aspiration feststellen, daß sich die Kanüle im Strom venösen, dunklen Blutes befindet. Dies Verfahren ist zwar nicht immer eindeutig [3], genügt

---

1/ Der Satz von GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 47: "Wahrscheinlich werden viel mehr intraarterielle Einspritzungen vorgenommen, als die Ärzte selbst ahnen" ist leider wenig aussagekräftig. Was ahnen die Ärzte?

2/ GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 48 - 50.
Vgl. auch BGH NJW 1968/1181: Schwester spritzt intravenöses Narkotikum "Estil" versehentlich in Arterie der Ellenbeuge statt in die Vene. Prospekt hatte hervorgehoben, daß "eine intraarterielle Injektion mit Sicherheit vermieden werden" mußte. Arm mußte amputiert werden. Anweisender Arzt und Schwester wurden auf Schadenersatz verurteilt.

3/ Die Blutfarbe weicht bei den Patienten gelegentlich erheblich von einander ab. Zudem gibt es Situationen, wo venöses Blut hellrot ist, z.B. bei künstlicher O_2-Beatmung. Auch ist denkbar, daß das in der Spritze befindliche Medikament arterielles Blut dunkel färbt oder daß die Nadel beim Aspirieren noch in der Vene war, dann aber bei der Injektion in die Arterie eingedrungen ist.

jedoch in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle, Man wird also, wenn der Injizierende die Prüfung durch Ansaugen unterließ, in jedem Fall sagen können, daß er sachwidrig gehandelt hat; andererseits bedeutet die Aspirationskontrolle mit scheinbar gutem Ergebnis in jedem Fall nicht, daß sachgerecht gearbeitet wurde [1]. Liegt die Kanüle intravenös, so muß der Injizierende darauf achten, daß - abgesehen von wenigen bestimmten Fällen - die Injektion angemessen langsam erfolgt. Hierdurch können Endothelschäden vermieden werden, die einmal durch eine zu hohe Medikamentenkonzentration am Injektionsort, zum anderen durch eine Auftreibung des Gefäßes entstehen können. Wird paravenös gespritzt, so muß nach Feststellung von Anschwellung oder Schmerzen die Injektion sofort abgebrochen werden. Allgemein muß beim Herausziehen der Nadel darauf geachtet werden, daß nicht das Gefäß durch einen falschen Neigungswinkel der Nadel längs aufgerissen wird; in derartigen Fällen können sich weit um sich greifende Entzündungen bilden. - Fälle, in denen Nichtärzte intraarterielle Punktionen (zum Beispiel zum Zweck der Einführung von Kontrastmitteln oder Kathetern in die art. femoralis oder die Aorta) vornehmen, kommen praktisch nicht vor und können deswegen hier vernachlässigt werden.

Das Erfordernis der Sachgerechtheit des Heileingriffs darf nicht isoliert für sich betrachtet werden. Es handelt sich hierbei um eine objektive Feststellung, die für sich allein natürlich nichts über die Vorwerfbarkeit der Handlung aussagt. Ein Korrektiv für solche Fälle, in denen zwar falsch, aber mit bestem Willen gehandelt wurde, besteht in Form der Regeln über Schuld und Schuldlosigkeit.

Die Forderung nach Sachgerechtheit des Eingriffs bedeutet nicht, daß andere, von der wissenschaftlichen Medizin, der

---

1/ Der Meinung von GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 48, daß die Nichterkennung der intraarteriellen Nadellage dem Injizierenden "niemals als Verschulden angerechnet werden" kann, kann in dieser Allgemeinheit keinesfalls zugestimmt werden.

sog. "Schulmedizin" [1], abweichende Methoden schlechthin unzulässig wären. Derjenige, der auf die Gesundheit eines anderen mit Heilungswillen einwirkt, hat zwar in erster Linie die bewährten, von ärztlicher Wissenschaft und Praxis entwickelten Grundsätze zu beachten und danach zu verfahren; die wissenschaftliche Medizin ist jedoch nicht als besonders geschützte Art der Ausübung der Heilkunde zu betrachten [2]. Das Reichsgericht [3] hat entschieden, daß die Regeln der ärztlichen Wissenschaft "grundsätzlich keine Vorzugsstellung" vor Außenseitermethoden oder den Verfahren von Heilpraktikern hat. Das bedeutet, daß ein Abweichen von dem insbesondere von den Universitäten vertretenen Wissensstand bei besonderer Begründung zulässig sein kann. Allerdings muß bei gefährlichen Krankheiten das zu ihrer Bekämpfung übliche und bewährte Verfahren angewendet werden [4]. Es leuchtet ein, daß es einem Außenseiter in der Regel mangels exakter Beweise sehr schwerfallen wird, ein Gericht davon zu überzeugen, daß seine Behandlung geeignet und erfolgversprechend war. In diesem Zusammenhang ist eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs interessant, in der festgestellt wurde, daß die Parapsychologie nicht zu den gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen gehört, die dem Sachverständigenbeweis zugänglich sind [5]. "Auch die Veröffentlichungen des von der Verteidigung benann-

---

1/ Es ist BOCKELMANN 2 S. 93 darin zuzustimmen, daß das Wort "Schulmedizin" zu vermeiden ist. Es wird gerne von Außenseitern und Wundergläubigen polemisch im Sinne einer engstirnigen Zünftelei verwendet, um durch eine derartige Wortsinnentstellung den Boden für spekulative, abergläubische und dilettantische Methoden fruchtbarer zu gestalten. Zweckmäßig ist einzuteilen in "wissenschaftliche Medizin" einschließlich unerklärter, jedoch exakt beobachteter, gemessener und beschriebener, jedoch noch unerklärter Phänomene (wie z.B. Akupunktur) und andererseits unkontrollierte Außenseitermethoden. Noch nicht sicher einordnen lassen sich zur Zeit m.E. zum Beispiel die Homöopathie, die Kirlian-Fotographie und die extrakorporale Testung von Medikamenten im elektrischen Feld. - Eine weitere Kategorie würde die betrügerische Kurpfuscherei bilden; vgl. unten S. 30 und 71.

2/ LIEBHARDT-SPANN S. 278

3/ RGSt 67/22

4/ BGH LM § 230 StGB Nr. 6 = KDR § 230 StGB 1956-24-376

5/ NJW 1978/1207 = KDR § 244 StPO I - 1/78

ten Inhabers des Lehrstuhls für Parapsychologie an der Universität Freiburg, Professor Bender, vermögen nichts daran zu ändern, daß zumindest im Bereich der Strafrechtswissenschaft ..... die Ergebnisse der Parapsychologie nicht als naturwissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse anerkannt werden können".

c) Ein qualifizierter Heileingriff ist nur dann rechtmäßig, wenn er durch eine nach Ausbildung und Erfahrung sowie Zuständigkeit kompetente Person vorgenommen wird. Demgegenüber ist selbstverständlich, daß bei einem Notfall auch jeder Beliebige tätig werden kann oder sogar muß, um erste Hilfe zu leisten. In der Situation des medizinisch unqualifizierten Straßenpassanten oder des im Notfall zur Hilfe herbeigeholten Nachbarn usw. ist die Grenze für die zulässigen Eingriffe dadurch gezogen, daß es sich um eine auf die Laienebene projizierte "Kompetenz" handelt, d.h. der Notfalleingriff ist insoweit dann rechtmäßig, wenn er bei Anlegung eines objektiven Maßstabs dem Laien als notwendig erkennbar und durchführbar erscheint.
Hier soll näher auf die Sachkompetenz des Medizinalhilfspersonals eingegangen werden. Es handelt sich im folgenden also insbesondere um Krankenschwestern, Krankenpfleger, Pflegeschülerinnen, Masseure, Radiologie-Assistentinnen, Laborantinnen, Arzthelferinnen, Sprechstundenhilfen, Lehrlinge und Anlernlinge und schließlich Medizinstudenten (Studenten im "praktischen Jahr" und famuli). Bei diesem Personenkreis entstehen die meisten Haftungsfälle im Zusammenhang mit der Vornahme von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen, ferner gelegentlich von Operationen, weiter bei Röntgenaufnahmen und Bestrahlungen, bei der Erarbeitung von Laborbefunden, allgemein in Verbindung mit der Krankenpflege, etwa hinsichtlich Sterilität und Hygiene sowie Ernährung, aber möglicherweise auch durch falsche Protokollierung von Anamnesen, Befunden, durchgeführten oder durchzuführenden Therapien und bei vielen anderen, weniger typischen Vorgängen. Fälle des rechtswidrigkeitsbegründen Kompetenzmangels sind insbesondere dann gegeben,

wenn z.B. die Schwesternschülerin unbeaufsichtigt Körpereingriffe macht, die über reine Hilfstätigkeiten hinausgehen, wenn eine Krankenhaus-Büroangestellte nach Versetzung ins Labor, jedoch ohne hinreichende Schulung, Blutabnahmen vornimmt, wenn eine sonst in anderen Abteilungen der ärztlichen Praxis tätige Angestellte, die im Röntgen nicht ausgebildet ist, etwa vertretungsweise unkontrolliert Röntgenaufnahmen anfertigt, wenn der unerfahrene famulus oder Student im "praktischen Jahr" unbeaufsichtigt intravenöse Injektionen, Infusionen oder Transfusionen oder schwierigere Eingriffe, wie Intubationen, Operationen oder Narkosen o.ä. durchführt. Eine allgemeine klare Abgrenzung der Tätigkeit des Arztes von der des nichtärztlichen Hilfspersonals gibt es nicht [1]. Da praktisch auch keine Vorschriften existieren, die im Einzelfall genau festlegen, was eine Medizinalhilfsperson tun muß, tun darf und nicht tun darf [2] - solche Vorschriften wären ohne überflüssige Bürokratisierung für einige Fälle durchaus möglich und erscheinen sogar erwünscht [3] - muß von Fall zu Fall die Kompetenz für den jeweiligen Eingriff geprüft werden. Da die Ausübung der Heilkunde jedermann ge-

---

1/ SPANN S. 192; BÖSCHE 1 S. 80 und 2 S. 701

2/ Vgl. die von HELFER zusammengestellten Gesetze und Verordnungen.
Nichtärzte einschließlich Heilpraktiker dürfen nicht:
meldepflichtige übertragbare Krankheiten behandeln (§ 30 Bundes-Seuchengesetz),
auf Geschlechtskrankheiten untersuchen und diese behandeln (§ 9 Ges. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten),
Pockenschutzimpfungen vornehmen (§ 3 Ges. über die Pockenschutzimpfung),
bei strafbaren Handlungen körperliche Untersuchungen vornehmen und Blutproben entnehmen (§§ 81 a und 81 c StPO),
verschreibungspflichtige Arzneimittel anweisen (§ 1 I Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel),
Betäubungsmittel verschreiben (§ 8 Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln).

3/ Vgl. die von BRENNER 1 S. 235 berichtete Aktion belgischer Krankenschwestern und -pfleger, mit der eine verbindliche Festlegung ihrer Tätigkeitsbereiche gefordert wurde.

stattet ist, sofern dies nicht berufs- oder gewerbsmäßig geschieht [1], kann die formelle Stellung einer Person, ihr Beruf, nur als Indiz für das Vorliegen einer Sachbefugnis und Sachzuständigkeit zum Tätigwerden angesehen werden. So kann z.B. die nicht ausgebildete oder nur notdürftig eingewiesene Sprechstundenhilfe, etwa die in medizinischen Dingen unerfahrene, "mitarbeitende" Ehefrau des Arztes, die juristisch als Sprechstundenhilfe geführt wird, nicht als kompetent für Blutentnahmen oder jede Art von Injektionen angesehen werden [2]. Man wird zur Abgrenzung vielmehr vor allem auf die bisherige Ausbildung und die gesammelten Erfahrungen abstellen müssen. Dies bedeutet, daß Medizinalhilfspersonen, die den für ihr Berufsbild vorgeschriebenen Ausbildungsweg absolviert haben [3], für die Ausübung der damit im Zusammenhang stehenden Tätigkeiten befugt und zuständig sind, allerdings mit der Einschränkung, daß diese Tätigkeit in der Anfangszeit bis zur Erwerbung der erforderlichen Erfahrung nur unter Aufsicht eines Kompetenten ausgeübt werden darf. Als hinreichend erfahren und ausgebildet würde man - um auf das letzte Beispiel zurückzukommen - auch die mitarbeitende Ehefrau des Arztes nach längerer sorgfältiger Einweisung durch ihren Mann und nach Sammlung der erforderlichen Erfahrungen ansehen.

Mit dieser Abgrenzung ist noch nichts darüber gesagt, was in den jeweiligen Tätigkeitsbereich einer Medizinalhilfsperson fällt. Da die einschlägigen Gesetze und Verordnungen praktisch nichts Konkretes über den Aufgaben- und Pflichtenbereich aussagen, muß zunächst auf die allgemeine tatsächliche Übung und sodann in geeigneter Weise auf das traditionelle Berufsbild

---

1/ KUHNS S. I/610

2/ SPANN S. 196 stellt bei der Sprechstundenhilfe auf deren Ausbildung ab.
Das Landessozialgericht Darmstadt hat in seiner Entscheidung vom 2.2.1959 (berichtet von HESS S. 1370 f.) ausgeführt, daß in der Verabreichung intravenöser Injektionen durch eine lediglich in einem kurzfristigen Kurs ohne Staatsexamen ausgebildete Praxishilfe eine gröbliche Verletzung der Pflichten des betreffenden Arztes liege.

3/ Vgl. die von HELFER zusammengestellten Vorschriften, die die Ausbildung, die Erlaubnis zur Führung einer bestimmten Berufsbezeichnung und die Ausübung eines bestimmten Berufs unter dieser Bezeichnung regeln.

zurückgegriffen werden. Seit langem haben sich immer wieder darüber Auseinandersetzungen entwickelt, wer - außer dem Arzt - zu Injektionen und Blutabnahmen befugt ist. In der täglichen Praxis werden subkutane und intramuskuläre Injektionen von Krankenschwestern, Pflegern, Praxishelferinnen und Studenten vorgenommen, Blutabnahmen insbesondere von Arzthelferinnen, Sprechstundenhilfen, Laborantinnen und Studenten, intravenöse Injektionen nicht selten von Schwestern und Praxishelferinnen wie auch von Studenten [1]. Das Gesamtbild ist also nicht eindeutig; die Tätigkeitsbereiche der einzelnen Gruppen überschneiden sich. Es ist jedoch die Tendenz der Krankenhäuser und Ärzte klar erkennbar, die intravenösen Injektionen dem Arzt vorzubehalten.

Die Auffassung von Lehre und Rechtsprechung ist folgende: Es wird allgemein für zulässig gehalten, daß ärztliches Hilfspersonal nach hinreichender Einweisung subkutane Injektionen vornimmt [2]. Hinsichtlich intramuskulärer Injektionen wird sowohl die Meinung vertreten, sie könnten allgemein von entsprechend ausgebildetem Hilfspersonal ausgeführt werden [3], wie auch die Ansicht, daß die injizierende Person - auch wenn sie eine staatlich geprüfte Krankenschwester sei - vom zuständigen Arzt bei ihrer Tätigkeit überwacht und beaufsichtigt werden müsse [4]. Nach einer weiteren Meinung kann bei einem Kind eine intramuskuläre Injektion eine Schwester nur dann machen, wenn sie eigens über die besonderen Gegebenheiten belehrt worden sei [5], während schließlich auch vertreten wird, eine intramuskuläre Injektion bei einem Kind solle ausschließlich von einem Arzt vorgenommen werden [6]. Die Rechtsprechung

---

1/ BRENNER 1 S. 235 berichtet 1972, daß eine Umfrage bei 2000 belgischen Ärzten ergeben habe, daß die belgischen Ärzte den Krankenschwestern und Krankenpflegern intravenöse Injektionen in 82,5 %, die Einrichtung von Infusionen in 88 %, von Transfusionen in 83 % und die Impfung durch Injektionen in 76,1 % der Fälle überlassen.

2/ Vgl. z.B. GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 61, 62, 96; PERRET 1 S. 29 unter Hinweis auf LG Bamberg 20.9.1951.

3/ BRANDIS-FRIBILLA S. 65; vgl. die von den Verfassern gebrachten 3 Fälle: Nr. 87: Schwester spritzt an der falschen Stelle, Nr. 89: nicht eindeutig geklärt, ob Injektionsfehler der Schwester, Nr. 90: Spritzenhämatom nach i.m.Inj. d. Schwester.

4/ BÖSCHE 2 S. 702 und die von ihm besprochene BGH-Entscheidung vom 30.6.1959 VI ZR 181/58

5/ BÖSCHE 1 S. 80 ff und die von ihm besprochene BGH-Entscheidung ebenfalls vom 30.6.1959, VI ZR 125/58

6/ GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 40

hält intramuskuläre Injektionen durch Hilfspersonal für grundsätzlich zulässig; die Überwachungspflicht des Arztes wird nicht allgemein, sondern nur je nach Situation als gegeben angesehen [1]/.

Die Vorbereitung der Blutabnahme (Spritzenaufbewahrung und Sterilhaltung) wird als Tätigkeit des ärztlichen Hilfspersonals angesehen [2]/. Die Blutentnahme selbst hat im Ausnahmefall des § 81 a und des § 81 c StPO ausschließlich durch einen Arzt zu erfolgen. Im übrigen wird es allgemein für zulässig gehalten, daß ausgebildete Hilfskräfte diese Arbeit durchführen [3]/.

Das Aufziehen der Spritze wird dem ärztlichen Hilfspersonal [4]/ bzw. den Schwestern [5]/ zugeordnet.

Hinsichtlich der intravenösen Injektion als mit Risiken verbundener, gelegentlich schwieriger und manchmal unmöglicher Maßnahme [6]/ sind die Meinungen geteilt. Einige Autoren halten nur den Arzt für zuständig [7]/, während die herrschende Meinung unter Hinweis auf die Erfordernisse der Praxis das entsprechend ausgebildete und überwachte Hilfspersonal für befugt ansieht [8]/. Die Meinung öffentlicher und halböffentlicher Stellen geht dahin, daß der Arzt diese seine eigene Aufgabe auf sein Risiko dem ihm zur Verfügung stehenden Hilfspersonal übertragen kann, sofern dieses die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen besitzt [9]/. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß die Bundesärztekammer noch mit Beschlüssen vom 30.6.1961 und 3.11.1965 intravenöse Injektionen und Blutabnahmen als ausschließlich ärztliche Aufgaben angesehen hat, "deren Vornahme durch Nichtärzte unter allen Umständen abzulehnen ist" [10]/.

1/ Vgl. die von PERRET 1 gebrachten 3 landgerichtlichen Entscheidungen und die beiden vorerwähnten BGH-Urteile vom 30.6.1959 (Fußnoten 4 und 5 auf Seite 25).
2/ PONSOLD-SCHMELCHER S. 1835
3/ KOHLHAAS 2 S. 1735; PERRET 1 S. 152; PONSOLD-SCHMELCHER S. 1834; UHLENBRUCK S. 2188
4/ SPANN S. 194
5/ KUHNS S. 484; PERRET 1 S. 28
6/ PERRET 1 S. 130
7/ bis 10/ siehe folgende Seite

Die Bundesärztekammer hat nunmehr mit Schreiben vom 21.12.1978 auf die zur Zeit gültige Stellungnahme ihres Vorstands vom 16.2.1974 hingewiesen. Diese hat folgenden Wortlaut:

> "Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen sind Eingriffe, die zum Verantwortungsbereich des Arztes gehören. Der Arzt kann mit der Durchführung dieser von ihm angeordneten Maßnahmen sein medizinisches Assistenzpersonal beauftragen, soweit nicht die Art des Eingriffes sein persönliches Handeln erfordert.
> Da Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen nicht zu dem üblichen Aufgabenbereich des ausgebildeten Assistenzpersonals gehören, bleibt der Arzt in jedem Falle für die Anordnung und ordnungsgemäße Durchführung der Eingriffe sowie für die Auswahl und Überwachung der Hilfskraft verantwortlich. Der Arzt darf daher die Durchführung nur solchen Hilfskräften übertragen, die in der Punktions- und Injektionstechnik besonders ausgebildet sind und von deren Können und Erfahrungen er sich selbst überzeugt hat. Die Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen außerhalb des ärztlichen Verantwortungsbereiches ist nur in Notfällen vertretbar, in denen ein Arzt nicht erreichbar ist."

Zum selben Thema und offensichtlich aus Anlaß der Äußerung

7/ Vorseite: GÖBBELS S. 311; HESS S. 1370 im Anschluß an die von ihm besprochene Entscheidung des LSG Darmstadt vom 2.2. 1959; PERRET 2 S. 415 erklärt die i.v. Einspritzung eines Röntgenkontrastmittels durch eine Krankenschwester wegen der erheblichen Komplikationsgefahren für unzulässig.

8/ Vorseite: GOLDHAHN-SCHLÄGER S. 67, 68, 93; HALLERMANN 2 S. 307; PERRET 1 S. 152 unter Hinweis auf die von ihm zitierten Entscheidungen des OLG Königsberg vom 30.5.1929 (Krankenschwester im Notstand) und LG Krefeld vom 15.8.1935; SPANN S. 193; UHLENBRUCK S. 2188.
BRANDIS-PRIBILLA S. 65 gehen zwar davon aus, daß es sich bei der i.v. Einspritzung um eine rein ärztliche Obliegenheit handele, wollen aber offensichtlich doch durch entsprechend ausgebildete und angewiesene Hilfskräfte derartige Injektionen vornehmen lassen.
Widerspruchsvoll BRENNER 1 S. 235 - 237, der aber postuliert, daß das Krankenpflegepersonal nach entsprechender besonderer Ausbildung zuständig sein müsse.

9/ Vorseite: Vgl. BRENNER 1 S. 238: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz, der Freie Katholische Berufsverband für die Krankenpflege (Mainz).

10/ Vorseite: Vgl. BRENNER 1 S. 235; GÖBBELS S. 311; HALLERMANN 2 S. 307; PERRET 2 S. 415. Dieser Auffassung der Bundesärztekammer hat der BGH in seiner Entscheidung vom 27.11.1973, NJW 1974/604, Bedeutung beigemessen.

der Bundesärztekammer hat die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft gutachtlich die Meinung geäußert [1], daß eine Verpflichtung des in der Krankenpflege tätigen Personenkreises zur Vornahme von Injektionen, Infusionen und Blutabnahmen auf Grund Gesetzes, Tarifvertrags oder schriftlichen Vertrags nicht bestehe, jedoch sich eine derartige Verpflichtung kraft stillschweigender Vereinbarung der Arbeitsvertragsparteien ergeben könne. Unter Hinweis darauf, daß die Vornahme von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen innerhalb der Krankenpfleg "durchaus zum praktizierten Aufgabenkreis des Krankenpflegepersonals gehört", daß aber die praktische Handhabung von Ort zu Ort schwer feststellbar und gegenläufig sei, wird festgestellt, daß eine Verpflichtung zur Übernahme derartiger Handlungen nur einem besonders ausgebildeten Personenkreis "zugemutet" werden könne.

Es spricht nichts dafür, daß bei gut ausgebildeten und hinreichend kontrollierten Hilfskräften mehr Fehler vorkommen als bei Ärzten. Da die Ausübung der fraglichen Eingriffe dem Hilfs- und Pflegepersonal nicht verboten ist, wird man ohne durchgreifende Bedenken im Hinblick auf die Bedürfnisse der Praxis und die derzeitige Übung in Krankenhäusern und Arztpraxen der herrschenden Meinung folgen können. Voraussetzung der Rechtmäßigkeit der betreffenden Handlung ist grundsätzlich - Ausnahmen evtl. in Notfällen - das Vorliegen einer ärztlichen Anweisung. - Zweifellos gilt das vorstehende Ergebnis entsprechend auch für Studenten der Medizin.

Die Beantwortung der Frage, wie bei anderen Eingriffen des Hilfspersonals zu entscheiden ist, richtet sich nach dem jeweiligen Einzelfall. Folgende Tätigkeiten wird man bei entsprechender Ausbildung und Erfahrung für zulässig erachten: Magenaushebungen [2], Intubationen [3], Teilbereiche von Nar-

---

1/ Das vorliegende Exemplar trägt kein Datum.
2/ Bejahend PERRET 1 S. 152 und UHLENBRUCK S. 2188
3/ Diese werden an manchen Krankenhäusern speziell erfahrenen Krankenschwestern überlassen.

...ose, Anaesthesie und Intensivbetreuung nach entsprechender spezieller Weiterbildung [1], Katheterisieren [2], subaquales Darmbad [3], Anlegen eines Venenkatheters [4], Venendruckmessung [5], Blutkonservenlieferung und - aufbewahrung [6], ferner das große Gebiet der Mitwirkung bei Operationen [7]. Der Bundesgerichtshof [8] stellt allgemein fest, daß die Verwendung nichtärztlicher Hilfspersonen aus der modernen Medizin und insbesondere aus dem heutigen Klinikwesen nicht wegzudenken sei. Es sei unvermeidlich, daß diesen Hilfspersonen im Einzelfall ein hohes Maß von Verantwortung zufällt - so im gesamten Bereich der Aseptik, bei hochentwickelten technischen Geräten, deren Funktion verläßlich oft nur von einem Techniker zu kontrollieren sei, oder bei der Bereitstellung von Medikamenten und anderen Chemikalien.

Zur Zeit sind auf dem Gebiet der Akupunktur neben Ärzten zahlreiche Nichtärzte, insbesondere Heilpraktiker, tätig. Kürzlich wurde in der Presse [9] von einem Strafverfahren vor dem Amtsgericht Bremen gegen einen früheren Maschinenbauer

---

1/ BRENNER 2 S. 202; PERRET 1 S. 152; SPANN S. 194; UHLENBRUCK S. 2188; vgl. ferner den von BRANDIS-PRIBILLA S. 126 gebrachten Fall 101: Narkoseschwester am Gerät, Schlauchverwechslung, Tod des Patienten; medizinisches Gutachten: Durchführung der Narkoseleitung seitens Schwester sei nach entsprechender Anleitung üblich und nicht zu beanstanden. Grundsätzlich ablehnend HALLERMANN 2 S. 308.

2/ BRANDIS-PRIBILLA S. 117 Fall 78: Schwester führte Katheter ein und riß dabei ein direkt an der äußeren Harnröhrenmündung gelegenes Hämangiom ein.

3/ BRANDIS-PRIBILLA S. 109 Fall 52: bei von Bademeisterin durchgeführtem Darmbad periproktale Abszeßbildung und Perforation.

4/ BRANDIS-PRIBILLA S. 125 Fall 100: MTA, bei Operation Anlegen eines Katheters "Venoflex", Abrutschen des Katheters in Kubitalvene.

5/ HALLERMANN 2 S. 303: eingearbeitete famula, nach Punktion beim Absetzen der Spritze von der Nadel (um Venendruckbürette anzuschließen) Ansaugung von Luft, tödliche Luftembolie; als entscheidende Ursache wurde Hustenanfall bei Gerätewechsel und der dadurch entstehende starke Sog angesehen.

6/ Vgl. HALLERMANN 2 S. 306 (Verwendung einer verdorbenen Blutkonserve).

7/ Vgl. z.B. KOHLHAAS 1 S. 1162

8/ NJW 1975/2245 = KDR § 276 BGB I - 2/76

9/ FAZ vom 13.12.1978

berichtet, der sich unter der Bezeichnung "Akupunktur-Therapeut" betätigt hatte. In einem Gutachten des gerichtsärztlichen Dienstes der Universität Düsseldorf wurde - dem Zeitungsbericht zufolge - gefordert, diese Art der Behandlung den Ärzten vorzubehalten, da die Gefahren der Infektion und der Krankheitsübertragung bei einer unsachgemäßen Anwendung der Akupunkturnadeln zu groß sei. Die Auffassung des Gerichts zu dieser Frage ist nicht bekannt. Aus der Pressenotiz war jedoch weiter ersichtlich, daß der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer der Auffassung sei, daß infolge unsachgemäßer Anwendung der Akupunktur in jüngster Zeit Patienten an Nerven- und Organschäden, u.a. an Hepatitis leiden. Hiernach empfiehlt auch der Beirat, die Akupunktur nur durch Ärzte ausführen zu lassen. Diese Auffassung begegnet erheblichen Bedenken. Es ist keineswegs erwiesen, daß Akupunktur durch Heilpraktiker mehr Schaden (und weniger Nutzen) als durch Ärzte hervorruft. Sicherlich ist die Zahl der dieses Verfahren ausübenden Ärzte, die vertiefte, ausreichende Kenntnisse haben, ebenso wie bei Heilpraktikern außerordentlich gering. Auch ist zu bedenken, daß Heilpraktiker auf andere Weise in viel weitergehender Weise die Fragen der Sterilität zu beachten haben als dies bei der Akupunktur erforderlich ist. Solange nicht das Berufsbild des Heilpraktikers grundsätzlich geändert oder dieser Beruf nicht ganz abgeschafft ist, erscheint es unzulässig, der kaum sachlich begründeten Ansicht der Ärzte zu folgen [1]/.

Beim Themenpunkt "Sachgerechtheit des Eingriffs" ist noch kurz auf die mit der Kurpfuscherei [2]/ im Zusammenhang stehenden Fragen einzugehen. Insbesondere PONSOLD [3]/ hat sich mit den

---

1/ Es ist erstaunlich, daß die Bundesärztekammer bisher noch keinen Einspruch dagegen erhoben hat, daß nach der geltenden Rechtsordnung jeder Arzt befugt ist, die Zahnheilkunde auszuüben.

2/ Vgl. SPANN S. 188 ff. über die geschichtliche Entwicklung

3/ S. 630 ff.

ielfältigen Erscheinungsformen derartiger Machenschaften auseinandergesetzt. Kurpfuscher sind solche Personen, die ohne staatliche Approbation oder Erlaubnis behandeln oder über den Rahmen der ihnen durch die Zulassung oder Erlaubnis erteilten Befugnisse hinaus oder unter Verletzung der anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft Krankenbehandlungen durchführen [1]. Dies kann sowohl der Laienbehandler, der Heilpraktiker wie auch der Arzt sein [2]. Die Grenzen zwischen Kurpfuscherei und zulässiger und damit sachgerechter, nicht rechtswidriger Heilbehandlung werden im Einzelfall schwierig zu ziehen sein, zumal - wie schon oben erwähnt [3] - der Grundsatz der Methodenfreiheit gilt. Handelt es sich lediglich um Verstöße gegen Verwaltungsrecht (Tätigkeit ohne Genehmigung oder Überschreitung der erteilten Befugnisse), so wird der Fall nur verwaltungsrechtlich und gewerberechtlich zu regeln sein. Wann aber wurde unter Verletzung der anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft gehandelt? Etwa nur dann, wenn ein offensichtlich untaugliches oder sogar schädliches Verfahren angewendet wurde, oder auch dann, wenn eine nicht hinreichend geklärte, umstrittene Behandlung durchgeführt wurde? Wo liegt die Grenze zwischen "offensichtlich untauglich" und "möglicherweise oder sicher hilfreich"? Wo sind z.B. Irisdiagnose, Kirlian-Fotografie (Sichtbarmachung der menschlichen Ausstrahlung, "Aura"), Heilmagnetismus, Chiropraktik, elektrophysikalische Behandlung, Homöopathie, die verschiedensten Naturheilverfahren, Radiaesthesie, Telepathie, Fernsuggestion, "Besprechen" usw. einzuordnen? Sicher wird man nicht sagen können, daß diese Verfahren nachweisbar untauglich seien, zumal die meisten dieser und anderer (Außenseiter-) Methoden von wissenschaftlich ausgebildeten Ärzten praktiziert werden.

1/ PONSOLD S. 630
2/ PONSOLD S. 640
3/ S. 21

Wenn schon in der medizinischen Lehre vieles irrtümlich war und unter voll ausgebildeten Medizinern vieles streitig ist, wie soll ein Heilpraktiker die ihm gezogenen Grenzen hinreichend exakt erkennen können? Ist es schon bedenklich, dem "Arzt" (also dem früheren praktischen Arzt), nahezu alle Fachgebiete zu öffnen [1], so ist es erst recht unhaltbar, das Tätigkeitsgebiet des Heilpraktikers durch einen engen Negativkatalog statt durch eine positive Umschreibung zu begrenzen. Aus dieser Situation müssen sich zwangsläufig zahlreiche Fälle ergeben, in denen der Heilpraktiker - ohne daß Betrugsvorsatz gegeben sein müßte - mit dem Gesetz in Konflikt gerät (das Gros dieser Fälle wird wegen der Leichtgläubigkeit der Heilpraxis-Patienten nicht zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führen). - Daneben existieren die Fälle betrügerischer Kurpfuscherei, bei denen Laie, Heilpraktiker oder Arzt im Bewußtsein entweder ihrer mangelnden Kenntnisse bzw. Fertigkeiten und/oder der Untauglichkeit ihrer Mittel bzw. Methoden die Heilkunde ausüben, um sich dadurch unter Verstoß gegen § 263 StGB Vermögensvorteile zu beschaffen.

d) Jeder Heileingriff als tatbestandliche Körperverletzung ist grundsätzlich nur dann nicht rechtswidrig [2] und damit möglicherweise nicht strafbar, wenn er mit Einwilligung des Verletzten erfolgte [3]. Trotz Einwilligung ist die Tat rechtswidrig, wenn sie gegen die guten Sitten verstößt [4]. Bei feh-

---

1/ Ohne zusätzliche Erlaubnis kann er sich (außer als Radiologe) auf allen Gebieten wie der Zahnheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde, Nervenheilkunde usw. betätigen, während die "Fachärzte" im wesentlichen auf ihr jeweiliges Fachgebiet beschränkt sind (vgl. Art. 29 des Kammergesetzes vom 15.7.1957 i.d.F. des Änderungsgesetzes v. 24.11.1977 (BayGVBl. 1977 S. 657) und § 18 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 9.10.1977).

2/ Ein Medizinalberufsrecht, das für Heileingriffe eine allgemeine Rechtfertigung begründen könnte, existiert ebenso wenig wie ein entsprechendes ärztliches Berufsrecht (vgl. zu letzterem SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 29 und 37).

3/ § 226 a StGB spricht nur von "Körperverletzung"; die fahrlässige Körperverletzung ist also nicht ausdrücklich genannt. Während Fahrlässigkeit nur dort strafbegründend ist, wo dies ausdrücklich vom Gesetz gesagt ist (§ 15 StGB), greift der Rechtfertigungsgrund der Einwilligung des § 226 a StGB nach allgemeiner Meinung sowohl bei Vorsatz wie bei

Fortsetzung S. 33

lender Einwilligung wird die Rechtswidrigkeit grundsätzlich auch durch Fehlerfreiheit und Erfolg des Eingriffs nicht beseitigt [1]. Die Einwilligung wirkt nur rechtfertigend bei leichter Fahrlässigkeit [2].

Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt nicht Geschäftsfähigkeit oder die strafrechtliche Schuldfähigkeit des Einwilligenden voraus [3]. Die Einwilligung eines Minderjährigen z.B. in eine Operation ist vielmehr dann rechtswirksam, wenn der Minderjährige nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag [4]. Abzustellen ist darauf, ob der Patient willensmäßig in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen, ob er die Reife und Fähigkeit besitzt, die Tragweite seines Entschlusses zu würdigen [5]; er muß eine natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzen [6] und zur Erteilung der Ein-

---

Forts. von S. 32, Fußn. 3: Fahrlässigkeit ein.
Vgl. im Ergebnis: BERG S. 44 , 45; BOCKELMANN 1 S. 945; BÖSCHE 1 S. 82; HALLERMANN 1 S. 29; HALLERMANN 2 S. 302; KOHLHAAS 1 S. 1160; KOHLHAAS 2 S. 1735; LIEBHARDT-SPANN S. 274;
ferner BGHSt 17/359; BGHSt 6/234; BGH MDR 1959/856; KG JR 1954/428; OLG Hamm MDR 1971/67; BayObLG NJW 1968/665; BayObLG JR 1963/27.

Forts. von S. 32, Fußn. 4: § 226 a StGB

1/ BGH JZ 1964/231 = KDR § 230 StGB 1964-23-360; BGHZ 29/33, 37

2/ BayObLG NJW 1961/2072 (Entscheidung betrifft Fußballspiel, läßt sich sinngemäß jedoch ohne Bedenken auf die hier abgehandelte Problematik übertragen)

3/ SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 38; BGHZ 29/36; BGH NJW 1956/1106

4/ BERG S. 45; LIEBHARDT-SPANN S. 275; BGH NJW 1959/811 = KDR § 107 BGB 1959-25-395

5/ HALLERMANN 1 S. 29; HALLERMANN 2 S. 303; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 38

6/ SCHÖNKE-SCHRÖDER Vorbem. 32 vor §§ 32 ff.

willigung befugt sein [1]. Hat der Patient die erforderliche natürliche Einsichtsfähigkeit nicht, handelt es sich etwa um ein Kind oder einen Geisteskranken, so muß grundsätzlich die Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter erteilt werden [2]; dies werden in der Regel die Eltern, der Vormund oder der Pfleger sein [3]. Wird die erforderliche Einwilligung vom gesetzlichen Vertreter nicht erteilt, so muß grundsätzlich die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts eingeholt werden [4]. Beim Bewußtlosen, insbesondere in Notfällen, oder beim Patienten, bei dem sich in Narkose während der Operation weitergehende als die ursprünglich vorgesehenen Eingriffe als erforderlich erweisen [5], müssen die erforderlichen Eingriffe ohne die Einwilligung des Patienten erfolgen. Hier greift der Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung ein [6]. Hat der entscheidungsfähige Patient vor der Bewußtlosigkeit oder vor der Operation in zweifelsfreier Weise zum Ausdruck ge-

---

1/ LIEBHARDT-SPANN S. 274

2/ BERG S. 45; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 38; BGH NJW 1972/337 HALLERMANN 1 S. 30 verweist für den Fall des Geisteskranken auf § 6 des Bayer. Gesetzes über die Verwahrung Geisteskranker vom 30.4.1952, der für die untergebrachten Personen die "nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotene oder zulässige Behandlung" vorschreibt.

3/ HALLERMANN 2 S. 303; KOHLHAAS 1 S. 1158; LIEBHARDT-SPANN S. 275

4/ BERG S. 45; HALLERMANN 1 S. 30

5/ Solche Fälle dürften verhältnismäßig selten sein, da in der Regel vor der Operation auch weitergehende Möglichkeiten erörtert und die entsprechenden Eventualeingriffe bewilligt werden können und müssen. Nur in Ausnahmefällen werden Arzt und Helfer während der Operation vor unerwarteten Situationen stehen.

6/ BOCKELMANN 1 S. 949; BERG S. 47; LIEBHARDT-SPANN S. 275; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 38. Vgl. im allgemeinen SCHÖNKE-SCHRÖDER Vorbem. 54 ff vor §§ 32 ff.
HALLERMANN 1 S. 29 sieht unter Hinweis auf Eberhardt Schmidt eine Rechtfertigung im Sittengesetz, was juristisch wenig brauchbar ist.

bracht, daß er bestimmte Eingriffe auf keinen Fall gestatte (etwa die Anlegung eines anus praeter oder im Fall einer Patientin die ablatio mammae oder die Hysterektomie), so müssen der Arzt und seine Helfer diese Entscheidung unbedingt respektieren [1]; ein gegenteiliger Eingriff wäre eine rechtswidrige, vorsätzliche Körperverletzung.

Die Einwilligung ist strafrechtlich nur erheblich, wenn sie vor dem Eingriff erfolgt [2]. Sie darf nicht völlig unsinnig oder töricht sein [3]. Sie muß unmißverständlich sein [4], kann jedoch auch stillschweigend, konkludent erfolgen [5], wobei bloßes Geschehenlassen jedoch nicht ausreicht [6]. Die Einwilligung deckt nur den richtigen, sachgerechten Eingriff [7], der allerdings im Einzelfall von den Methoden der wissenschaftlichen Medizin abweichen kann, sofern dies sachlich begründet ist [8].

Gegenstand der Einwilligung kann immer nur eine (leichtfahrlässige [9]) Körperverletzung sein, niemals die Tötung [10]. Die Einwilligung deckt immer nur die als Heileingriff vor-

---

1/ LIEBHARDT-SPANN S. 275; vgl. auch SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 38.
Eine besondere Situation besteht im Fall des Selbstmordversuchs. Ist der Suizident noch einsichtsfähig und kann er sich noch klar artikulieren, so darf ihm niemand gegen seinen Willen das Leben zu retten versuchen, BGH NJW 1954/1049 = KDR § 330 c StGB 1954-40-630; BOCKELMANN1S. 950; a.A. LIEBHARDT-SPANN S. 275.
Ist der Suizident bewußtlos, so muß ihm geholfen werden (§ 330 c StGB), auch wenn er vorher seinen Selbsttötungswillen nicht widerrufen hat, LIEBHARDT-SPANN S. 275; HALLERMANN 1 S. 28; BGH a.a.O.

2/ BGHSt 17/359; OLG Oldenburg MDR 1967/232 = KDR § 226 a StGB 1967-18-282; SCHÖNKE-SCHRÖDER Vorbem. 46 vor §§ 32 ff.

3/ BGH NJW 1978/1206: Ein Patient, der in laienhaftem Unverstand auf Grund einer unsinnigen selbstgestellten Diagnose von einem Zahnarzt eine umfassende Extraktion seiner Zähne wünscht, erteilt damit keine wirksame Einwilligung zu dieser Maßnahme.

4/ BGHSt 4/ 88, 90 und 17/359

5/ HALLERMANN 2 S. 302; OLG Oldenburg MDR 1967/232

6/ OLG Oldenburg MDR 1967/232

7/ BGH LM § 230 StGB Nr. 6; BÖSCHE 1 S. 82

8/ BGH LM § 230 StGB Nr. 6

9/ BayObLG NJW 1961/2072 = KDR § 226 a StGB 1962-7-112

10/ BayObLG NJW 1957/1245; BGH NJW 1953/912

gesehene Körperverletzung, hingegen nicht andere, mit dem Eingriff evtl. in Verbindung stehende Delikte [1]/; so würde also eine weitere Körperverletzung, die nur gelegentlich des ersten Eingriffs geschieht, die also nicht mit diesem in sachlichem Zusammenhang steht, von der Einwilligung nicht erfaßt sein.

Die Einwilligung muß nicht nur die Körperverletzung decken, sie muß auch die den Heileingriff ausübende Person betreffen [2]/. Je nach Fall kann dies bedeuten, daß z.B. nur eine bestimmte Krankenschwester oder ein bestimmter Pfleger befugt sein soll, einen bestimmten Eingriff vorzunehmen; oder es kann auch durchaus sein, daß der Patient annimmt, er werde vom Arzt behandelt, während es in Wirklichkeit ein Student oder ein Pfleger ist. Die Bedeutung eines derartigen Irrtums hängt davon ab, ob die Fixierung des Patienten auf eine bestimmte Personengruppe (Arzt statt famulus oder Pfleger, Ärztin statt MTA) oder eine bestimmte Person (bestimmter, besonders erfahrener Arzt, etwa ein Oberarzt; bestimmte, besonders erfahrene Schwester, etwa Oberschwester) nach objektiven Maßstäben für die Erteilung der Einwilligung erheblich war. Das entscheidende Kriterium wird im ersteren Fall (Personengruppe) sein, ob der Eingriff üblicher- und berechtigterweise in die Zuständigkeit nur der einen Gruppe fällt; in diesem Fall wird der Irrtum des Patienten erheblich sein (einer Anfechtung bedarf es nicht [3]/),

---

1/ OLG Hamm MDR 1971/67 = KDR § 226 a StGB III - 1/1971;
Bay ObLG JR 1963/27 = KDR § 226 a StGB 1963-14-217

2/ Vgl. BGH NJW 1962/682 = KDR § 223 StGB 1962-26-411,
BGH NJW 1974/604 = KDR § 823 BGB I - 10/74;
SCHÖNKE-SCHRÖDER Vorbem. 50 und 53 vor §§ 32 ff und Anm. 39 zu § 223.
KOHLHAAS 1 S. 1735 führt aus, daß die Einwilligung voraussetzt, daß das Wissen des Einwilligenden auch das Wissen um die Person desjenigen, der den Eingriff vornimmt, und dessen Kenntnisse umfaßt; andererseits wird dann gesagt, daß der Patient nicht besonders aufgeklärt zu werden braucht, daß er keinen Arzt vor sich habe, solange er nicht fragt.

3/ SCHÖNKE-SCHRÖDER Vorbem. 50 vor §§ 32 ff.

wenn eine Person der nichtzuständigen Gruppe den Eingriff gemacht hat [1], wenn also z.B. der famulus bei einer Rektoskopie selbständig eine Polypektomie vornimmt oder in Abwesenheit des Arztes eine Injektion ins Hüftgelenk macht. Anders wäre bei kleineren Eingriffen zu entscheiden, die erfahrungsgemäß auch vom Hilfspersonal erledigt werden; nimmt also der Patient irrig an, der ihm die Injektion verabreichende famulus sei Arzt, so ist dieser Irrtum unerheblich [2]. Ebenso wäre etwa beim Anlegen eines Wund- oder einfachen Gipsverbandes oder bei einer intramuskulären Spritze zu entscheiden [3]. Voraussetzung für die Unbeachtlichkeit des Patientenirrtums und damit für die Rechtfertigung des Heileingriffs ist allerdings ferner, daß der Nichtarzt die Geringfügigkeit der Krankheit oder Verletzung selbst beurteilen kann und daß er die notwendige Sachkunde für die Behandlung besitzt [4]. Die Rechtsprechung zieht die Grenzen für diese Ausnahmen (Unerheblichkeit des Irrtums des Patienten) eng [5].
Bezieht sich hingegen die Einwilligung des Patienten auf eine bestimmte, als besonders tüchtig, erfahren oder zuverlässig erachtete Person, so muß diese Wahl berücksichtigt werden, da sie rechtsgutsbezogen ist und dem Patienten die Wahl der Behandlungsperson, soweit sie nicht sachfremd oder offensichtlich töricht ist, überlassen bleiben muß [6].

Die Einwilligung ist nur dann wirksam, wenn der Patient in

1/ SCHÖNKE-SCHRÖDER Anm. 39 zu § 223
2/ BGH NJW 1962/682 = KDR § 223 StGB 1962-26-411
3/ SCHÖNKE-SCHRÖDER a.a.O.
4/ BGH NJW 1962/682 = KDR § 223 StGB 1962-26-411
5/ BGH a.a.O.
6/ Im Prinzip ebenso SCHÖNKE-SCHRÖDER Anm. 39 zu § 223

der Lage war, sie treffen zu können, wenn er also hierzu die erforderlichen Kenntnisse hatte [1]/. In vereinzelten Fällen wird der Patient das notwendige Wissen selbst bereits haben, sei es, daß er selbst Arzt ist, sei es, daß er als langjähriger Kranker seine Krankheit fundiert studiert hat. Ganz überwiegend werden die Patienten jedoch durch den behandelnden Arzt, auf einfacherem Niveau durch die Hilfsperson, aufgeklärt werden müssen. In diesen Fällen ist die Einwilligung ohne vorherige Aufklärung unwirksam. Das Aufklärungsrecht des Patienten bzw. die Aufklärungspflicht des Nichtarztes (oder des Arztes oder des Krankenhauses) folgt nicht nur aus dem Erfordernis der Rechtswirksamkeit der Einwilligung zum Heileingriff, sie ist auch aus dem regelmäßig vorliegenden Behandlungsvertrag gegeben [2]/. Eine Aufklärung kommt in verschiedenen Hinsichten in Betracht. Muß sowohl über die Diagnose wie über den Eingriff, die Risiken und die Chancen gesprochen werden? Da der Patient sich eine zutreffende Vorstellung von Bedeutung und Tragweite der Einwilligung machen können muß, ist erforderlich, daß er die Situation, wenn auch durchweg nicht in allen letzten Einzelheiten, so doch in großen Zügen, aber umfassend kennt. Hierfür kann je nach Situation erforderlich sein, daß über Details aufgeklärt wird [3]/. Jedenfalls aber muß so weit wie gewünscht Aufklärung erteilt werden [4]/. Geht man von diesen Überlegungen aus, so ergibt sich, daß dem Patienten auf Verlangen grundsätzlich auch der Operationsanlaß [5]/ und die Diagnose dargelegt werden müssen [6]/. Nur

---

1/ BERG S. 46; BOCKELMANN 1 S. 947; HALLERMANN 1 S. 29; HALLERMANN 2 S. 302; KOHLHAAS 1 S. 1158; KOHLHAAS 2 S. 1735; LIEBHARDT-SPANN S. 275 f.; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 40; BGH JZ 1964/231; BGH LM §230 StGB Nr. 6.
2/ LIEBHARDT-SPANN S. 276
3/ HALLERMANN 2 S. 302
4/ LIEBHARDT-SPANN a.a.O.
5/ HALLERMANN 1 S. 29
6/ Bejahend BOCKELMANN 1 S. 948; LIEBHARDT-SPANN S. 276; einschränkend HALLERMANN 2 S. 303 (Patient hat keinen Anspruch auf exakte Diagnose).

dann, wenn er die Ursachen und Wirkungen, die in seinem Fall maßgebend sind, kennt, hat er die Möglichkeit, mitzuentscheiden. Ferner müssen ihm der Eingriff in seinen wesentlichen Teilen und die Folgen dargelegt werden. Hinzukommen muß die Darstellung der Risiken, die typischerweise auftreten können [1], so daß der Patient Kenntnis von der Gefährlichkeit des Eingriffs erhält [2]. Nicht erforderlich ist die Aufklärung über allgemeine Gefahren, die schlechthin mit jedem Eingriff verbunden sind, also atypische Gefahren und die Risiken des menschlichen Versagens, auch nicht solche Risiken, denen nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft ohne weiteres begegnet werden kann [3]. - Die Aufklärung wird umso knapper sein dürfen, je dringender der Eingriff und je kleiner die Risiken sind [4]. Die Aufklärungspflicht findet da ihre Grenzen, wo die Eröffnung von infauster Diagnose oder Prognose im konkreten Einzelfall zusätzliche, erhebliche Verschlimmerung im körperlichen oder seelischen Zustand des Patienten herbeizuführen geeignet ist [5], wo durch die Aufklärung der Heilerfolg in Frage gestellt wird [6]. In der täglichen Behandlungspraxis erfolgt in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle

---

1/ BERG S. 46; BOCKELMANN 1 S. 947; HALLERMANN 1 S. 29 (typische Gefahren über 1 % Wahrscheinlichkeit); LIEBHARDT-SPANN S. 276: Aufklärung über Eingriff, typische Folgen und typische Komplikationen (eine Risikohäufigkeit von 1 - 3 % als grobe Faustregel). Die Forderung auf S. 275, daß sich die Aufklärung gegebenenfalls auf alle nur denkbaren Risiken und Komplikationsmöglichkeiten zu erstrecken habe, erscheint als zu weitgehend.

2/ OLG Oldenburg MDR 1967/232 = KDR § 226 a StGB 1967-18-282

3/ BOCKELMANN 1 S. 947; KOHLHAAS 1 S. 1158; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 41

4/ BERG S. 46; BOCKELMANN 1 S. 948; LIEBHARDT-SPANN S. 274; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 40

5/ BERG S. 46 f.; BOCKELMANN 1 S. 949, 951; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 42; BGHZ 29/57;
KOHLHAAS 1 S. 1161 bringt die unverwertbare Formel, daß in solchen Fällen die Aufklärung dort nicht erforderlich sei, "wo der Patient in bester Hut ist".

6/ LIEBHARDT-SPANN S. 276; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 40, 42.

die Aufklärung entweder überhaupt nicht oder in äußerst dürftiger, dilettantischer Form [1]. Dies hat viele Gründe: Einmal ist es echter oder vorgeblicher Zeitmangel der Ärzte und des Personals, oft Bequemlichkeit oder auch juristische Unkenntnis hinsichtlich Erforderlichkeit und Umfang der Aufklärung. Ärzte und Personal sind in der Regel in diesem Punkt unzulänglich unterrichtet und handeln völlig dilettantisch. In den meisten Fällen werden auch die von Patienten unterschriebenen Aufklärungsreverse einer richterlichen Überprüfung, unter welchen Umständen und mit welchem Umfang die "Aufklärung" erfolgte, nicht standhalten. Ein gewisser Ausgleich dieser unbefriedigenden Situation ist dadurch gegeben, daß nicht der Patient die mangelnde Aufklärung, sondern der Behandelnde die richtige Aufklärung beweisen muß [2].

Die obigen Grundsätze über Einwilligung und Aufklärung gelten in vollem Umfang hinsichtlich des selbständig handelnden Nichtarztes, d.h. er muß aufklären und die Einwilligung erhalten. Natürlich ist hierbei auf sein Kenntnis- und Fähigkeitsniveau abzustellen. Hingegen wird im Falle des angestellten, nicht selbständig tätigen Nichtarztes in der Regel die Aufklärung durch den Arzt bzw. das Krankenhaus usw. zu erfolgen haben. Dies wird grundsätzlich für die einfachen und erst recht für die komplizierteren Maßnahmen gelten, die die angestellte Hilfsperson auf Weisung durchführt. Das heißt, der Arzt usw. ist verpflichtet, den Patienten über Inhalt, Wirkung und Nebenwirkungen der Injektion, über den Ablauf einer Magenaushebung und die damit verbundenen Belastungen, die (geringen) Belastungsrisiken der Ergometrie, die Risiken einer Bestrahlung, die Infektionsgefahr bei einer Bluttransfusion usw. zu unterrichten. Die Hilfsperson darf in der Regel davon ausgehen, daß der Arzt seinen Pflichten hinsichtlich Aufklärung

---

1/ Generelle, unsubstantiierte Erklärungen über Aufklärung und Einwilligung sind unwirksam, LIEBHARDT-SPANNN S. 279
2/ OLG Köln VersR 1978/551 = KDR § 276 BGB I - 7/78

und Einwilligung nachkommt, es sei denn, daß dem Nichtarzt diese Pflichten ganz oder teilweise durch Weisung oder Vereinbarung übertragen wären. Nur im letzteren Fall würde eine Verletzung der Aufklärungspflicht und damit die Rechtswidrigkeit des Eingriffs strafrechtlich zu Lasten der Hilfsperson gehen. Ist der Nichtarzt für die Durchführung der Aufklärung und das Vorliegen der Einwilligung verantwortlich und nimmt er irrtümlich das Vorliegen der Einwilligung an, so scheidet zwar gem. § 16 StGB Strafbarkeit wegen vorsätzlicher Körperverletzung (§§ 223 ff StGB) aus, jedoch kommt fahrlässige Körperverletzung in Betracht, falls er das Nichtvorliegen der Einwilligung hätte erkennen können [1].

5. Schuld

a) Da hier nur die Fahrlässigkeitsdelikte erörtert werden, ist auch nur diese Schuldform zu besprechen. Fahrlässig im strafrechtlichen Sinne handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen und seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und fähig ist, und deshalb nicht erkennt, daß er den gesetzlichen Tatbestand verwirklicht. Fahrlässig handelt auch, wer für möglich hält, daß er den gesetzlichen Tatbestand verwirklicht, jedoch pflichtwidrig und vorwerfbar im Vertrauen darauf handelt, daß die Verwirklichung nicht eintreten werde [2]. In abgekürzter Form ließe sich Fahrlässigkeit charakterisieren als pflichtwidrige Erfolgsverursachung bei individueller Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit. Es wird also auf die Sorgfaltspflichten des Handelnden und seine individuellen Möglichkeiten abgestellt [3]. Anders als im Zivilrecht ist mithin nicht Maßstab allein "die im Verkehr erforderliche Sorgfalt" (vgl. § 276 BGB), sondern die objektiv bzw. den Umständen nach bzw. im Verkehr erforderliche Sorgfalt wird in Beziehung gesetzt zu der dem

---

1/ SCHÖNKE-SCHRÖDER § 223 Anm. 52; BayObLG JR 1961/72
2/ Vgl. RGSt 56/349; LIEBHARDT-SPANN S. 277
3/ BERG S. 51

Täter individuell möglichen Sorgfalt [1]/. Bei der Feststellung dieser Kriterien ist zu beachten, daß Sorgfaltspflichtverletzung nicht gleich Verstoß gegen die Prinzipien der ärztlichen Wissenschaft ist, da die Wahl einer Außenseitermethode im Einzelfall sachgerecht und vertretbar sein kann [2]/. Andererseits wird aber jeder Nichtarzt im Zweifel gut daran tun, sich an bewährte Verfahren zu halten. Die Feststellung der objektiv geforderten und der subjektiv möglichen Sorgfalt kann nur für den jeweiligen Einzelfall erfolgen. Aber allgemein wird man sagen können, daß mit dem Grad der Gefährlichkeit eines Eingriffs das Maß der erforderlichen Sorgfalt steigt, so daß bei besonders gefährlichen Methoden jede Nachlässigkeit den Handelnden haftbar macht [3]/. Bei jedem Eingriff hat der Nichtarzt den typischen Gefahren vorzubeugen, soweit ihm hierzu die Kompetenz erteilt ist und er die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten hat. In jedem Fall handelt der Nichtarzt, insbesondere das ärztliche Hilfspersonal, fahrlässig, wenn es pflichtwidrig nicht die ärztlichen Anweisungen [4]/ oder bei Apparaten nicht die Bedienungsanleitungen oder bei Medikamenten nicht die Firmenvorschriften, soweit sie in den Aufgabenbereich des Assistenzpersonals fallen [5]/, genau beachtet. Besondere Sorgfaltspflichten entstehen im Zusammenhang mit der aus der Arbeitsteilung resultierenden Kooperation mehrerer Menschen in teams. Hier wäre es pflichtwidrig, nicht besondere Vorkehrungen zur Vermeidung von Übermittlungsfehlern [6]/ und sonstiger in der Gruppe typischerweise vorkommender Fehler [7]/ zu treffen.

1/ BOCKELMANN 2 S. 85, 86
2/ BOCKELMANN 2 S. 86
3/ LAUFS S. 76
4/ SPANN S. 196
5/ Z.B. hinsichtlich der bei der Aufbewahrung von Medikamenten und Reagenzien zu beachtenden Temperaturen
6/ Z.B. Kontrollen bei Zuruf von Meßdaten oder Arzneimittelnamen oder -konzentrationen etwa durch bestätigende Antwort; Vorweisen der leeren Ampulle gleichzeitig mit der gefüllten Spritze; vgl. KOHLHAAS 1 S. 1162.
7/ Z.B. Abzählen der bei einer Operation verwendeten Drains, Klammern, Tücher usw. Vgl. KOHLHAAS 3 S. 1922.

b) Ein besonderer Fall von Fahrlässigkeit ist das Übernahmeverschulden. Fehlen dem behandelnden Nichtarzt die für den betreffenden Eingriff erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen, so kann schon in der Übernahme und Durchführung der Behandlung eine Sorgfaltspflichtverletzung liegen [1]. Bei einer derartigen fahrlässigen Tätigkeitsübernahme ist - wie bei jeder Fahrlässigkeit - Voraussetzung der Strafbarkeit, daß der Täter objektiv seine Sorgfaltspflichten verletzt, daß er die persönliche Fähigkeit hatte, diese Pflichtverletzung zu vermeiden und daß die Tatbestandsverwirklichung objektiv und subjektiv voraussehbar war. Dies bedeutet, daß im Interesse der Vermeidung einer Überforderung der Täter nicht allgemein für seine Unzulänglichkeit wie z.B. fehlende körperliche oder geistige Fähigkeiten, Wissens- und Erfahrungslücken, fortschreitenden Altersabbau, unzureichende Gedächtniskraft oder Mängel an Umsicht und Geschick einzustehen hat [2]. Es besteht auch keine unbeschränkte Ausbildungs-, Fortbildungs- und Gedächtnissicherungspflicht [3]. Gegenstand des strafrechtlichen Vorwurfs ist vielmehr auch hier die tadelnswerte Rechtsgesinnung des Täters, das funktionelle Versagen seines Wertgefühls [4], die vorwerfbar fehlerhafte Ausübung des dem zurechnungsfähigen Täter gewährten Wahlrechts [5]. Eine derartige vorwerfbare Fehleinschätzung der eigenen Fähigkeiten liegt grundsätzlich dann vor, wenn der Täter eine ihn erkennbar überfordernde Handlung nicht unterläßt [6] oder Erkundigungspflichten vor der Ausführung einer gefahrgeneigten Handlung nicht erfüllt [7], wobei im letzteren Fall Voraussetzung ist,

---

1/ DREHER § 15 Anm. 16; ERMAN § 276 Anm. 30; JESCHEK § 55 Anm. 3 a (S. 469), § 57 Anm. 3 (S. 482); LACKNER § 15 Anm. III 1 a aa; LEIPZKOMM § 59 Anm. 160; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 51 Anm. 196; RGSt 64/263 ff, 67/12 ff; BGHSt 10/133 ff.

2/ JESCHEK § 54 Anm. 4 b (S. 459), § 59 Anm. 170 - gem. Anm. 171 bei unwandelbaren Eigenschaften (im Gegensatz zu wandelbaren Eigenschaften) grundsätzlich kein Vorwurf.

3/ LEIPZKOMM § 59 Anm. 161

4/ JESCHEK § 54 Anm. 4 b (S. 459)

5/ MAURACH-ZIPF § 35 IV 2 (S. 493), LEIPZKOMM § 59 Anm. 172

6/ Der Schuldvorwurf würde nur bei überraschendem Auftreten von Erkenntnisunfähigkeit entfallen (insbesondere wichtig bei Verkehrsunfällen), vgl. LEIPZKOMM § 59 Anm. 174

7/ JESCHEK § 55 Anm. 3 a und c (S. 469, 470)

daß die Auskunft zur Behebung der Unkenntnis oder des Irrtums hätte führen müssen [1]/. In allen Fällen des strafbaren Übernahmeverschuldens hat der Täter die nötige Einsicht, sich ein Urteil über das Ungenügen seiner eigenen Leistungsfähigkeit zu bilden. Er wird entweder fahrlässig nicht erkennen, daß besondere Sachkunde erforderlich ist, oder er wird zwar das Erfordernis besonderer Sachkunde erkennen, jedoch fahrlässig annehmen, sie zu haben, oder er wird sowohl das Erfordernis besonderer Sachkunde als auch das Nichtvorhandensein dieser Sachkunde erkennen, jedoch annehmen, daß es gut gehen werde.

Die vorstehenden Grundsätze gelten sowohl für Medizinalhilfspersonen wie auch für Laien. Sie sind grundsätzlich auch gleichermaßen auf die "normale" Behandlung wie auf den medizinischen Notfall anzuwenden. Bei der letzteren Notsituation sind jedoch zusätzlich folgende Gesichtspunkte zu beachten: Handelt der Nichtarzt im Interesse des Verletzten und bei dessen klarer Vorstellung von der Gefahr, so kann die Sorgfaltspflichtwidrigkeit hinsichtlich der Übernahmefahrlässigkeit entfallen (nicht jedoch hinsichtlich der Ausführung selbst) [2]/. Handelt es sich um einen schweren Krankheitsfall, so ist ein mit der Unzulänglichkeit seiner Kenntnisse rechnender Heilpraktiker, der die Behandlung nur deshalb übernimmt, weil sonst keine Hilfe erreichbar wäre, möglicherweise entschuldigt [3]/.

Zur Frage des Übernahmeverschuldens wurden von der Rechtsprechung folgende Fälle entschieden:
Ein Heilpraktiker hatte ein an Diphtherie erkranktes Kind mit einem homöopathischen Mittel behandelt. Wegen Verschlechterung des Zustandes des Kindes zog die Mutter - zu spät - einen Arzt hinzu. Das Kind starb an den Folgen der Diphtherie. Das Reichsgericht [4]/ stellte fest, daß ein Heilpraktiker zwar grundsätzlich von einer von der wissenschaftlichen Medizin angewen-

---

1/ LEIPZKOMM § 59 Anm. 290
2/ LEIPZKOMM § 59 Anm. 197; RGSt 57/172 ff (Übersetzen über die Memel bei stürmischem Wetter)
3/ RGSt 67/12 ff (18)
4/ RGSt 64/263 ff

deten Heilmethode aus sachlichen, wohlerwogenen Gründen abweichen kann, daß er aber die Zuziehung eines Arztes veranlassen muß, "wenn er weiß oder bei pflichtmäßiger Aufmerksamkeit und Sorgfalt erkennen kann, daß seine Fähigkeiten und Kenntnisse für die Behandlung der festgestellten Krankheit nicht ausreichen". - In einem anderen vom Reichsgericht entschiedenen Fall [1] hatte ein Heilpraktiker die von ihm zutreffend erkannte "perniciöse Anämie" nicht mit der allgemein als besonders wirksam anerkannten Methode behandelt und die Patientin auch nicht an einen Arzt überwiesen; die Patientin starb. Das Gericht stellte fest, daß der Heilpraktiker verpflichtet sei, das vergleichsweise deutlich wirksamere, ihm bekannte Mittel anzuwenden oder die Patientin an einen Arzt zu verweisen. Eine dieser Maßnahmen habe spätestens in dem Zeitpunkt geschehen müssen, zu dem ihm klar gewesen sein, daß die Patientin nicht mehr mit den vom Heilpraktikerverband empfohlenen Mitteln zu retten war. - Einem Heilpraktiker, der eine Blinddarmentzündung zunächst mit homöopathischen Mitteln, dann mit heißen Umschlägen und schließlich mit Massage des Leibes mit warmer Butter und mit Bewegung über einen Zeitraum von 10 Tagen "behandelt" hatte, hielt das Reichsgericht [2] zugute, daß er möglicherweise die zur Feststellung der Krankheit und ihrer erfolgreichen Behandlung erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten wegen eines mangelhaften Entwicklungsgangs nicht besessen haben könne. Allein in der Übernahme der Benandlung selbst eines Schwerkranken könne nicht schon deswegen eine Sorgfaltspflichtverletzung gesehen werden, weil der Übernehmende kein approbierter Arzt sei. Erforderlich sei die Prüfung, ob und inwieweit der Heilpraktiker nach seinen persönlichen Verhältnissen zur Erkenntnis und Erfüllung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt und zur Erkenntnis der ursächlichen Bedeutung seines Verhaltens imstande gewesen sei. Hinsichtlich der Tätigkeit der Heilpraktiker fehle es - mangels regelnder Vorschriften - an der Warnung der Rechts-

---

1/ RGSt 74/60 ff
2/ RGSt 67/12 ff

ordnung, wie sie sonst auf anderen Gebieten durch das Erfordernis von Fähigkeitsnachweisen gegeben sei. Der Fall wurde an die Vorinstanz zur Prüfung zurückverwiesen, insbesondere welchen Bildungsgang der Angeklagte durchgemacht und welche praktischen Erfahrungen, besonders hinsichtlich der Behandlung von Blinddarmentzündungen, er gesammelt hatte und ob er nach seinen persönlichen Verhältnissen imstande gewesen sei, den eingetretenen Erfolg vorauszusehen und zu vermeiden. - Einer Krankenschwester, die eine ärztliche Anweisung falsch verstanden und entsprechend falsch ausgeführt hatte, wurde entschuldigend zugebilligt, daß schlechte Vorbilder und die laxe Arbeitsweise in dem betreffenden Krankenhaus ihren Sinn für die Gefährlichkeit ihrer Behandlungsweise abzustumpfen geeignet waren [1].

Im Rahmen des Übernahmeverschuldens wurde gerichtlich ferner die Erkundigungs- und Informationspflicht näher umschrieben: Das Reichsgericht [2] entschied, daß ein Heilpraktiker die Pflicht zur Unterrichtung über die Fortschritte der Heilkunde habe. Der Bundesgerichtshof [3] stellte die Pflicht des Gewerbetreibenden fest, sich bei Aufnahme seines Gewerbes mit den zu beachtenden Vorschriften vertraut zu machen bzw. - wenn er hierzu nicht in der Lage sei - sich sachkundiger Hilfe zu vergewissern; diese Entscheidung kann sinngemäß auf den einen Eingriff vornehmenden Nichtarzt - auf den Heilpraktiker mit den sich aus RGSt 67/12 ff ergebenden Einschränkungen [4] - angewendet werden. - Hingegen braucht sich eine Krankenschwester, die vom zuständigen Arzt eine bestimmte Behandlungsanweisung erhalten hat, grundsätzlich nicht von der Richtigkeit der Anweisung zu vergewissern [5].

1/ BGHSt 3/91 ff
2/ RGSt 64/263 ff
3/ BGHSt 10/133 ff
4/ Vgl. oben S. 45/46
5/ BGHSt 3/91 ff

c) Schließlich sei auf eine (noch) nicht typische Fahrlässigkeitskonstellation hingewiesen, den Streik von Pflegepersonal. Soweit bekannt, sind die Ärzte zunächst in Belgien vor einigen Jahren [1], dann in Westdeutschland im Land Niedersachsen im Februar 1977 und unmittelbar anschließend die Regensburger Zahnärzte mit schlechtem Beispiel vorangegangen [2]. In England hat dann im Herbst 1978 das Krankenhauspflegepersonal in großer Zahl mehrere Wochen gestreikt. Aus Presseberichten war ersichtlich, daß Nachteile für Patienten im Sinne von Gesundheitsverschlechterungen eingetreten waren [3]. Da bei der erforderlichen Güterabwägung die Patientengesundheit den Vorrang vor der Erzielung von Lohn- und Arbeitsverbesserungen auf diesem Wege hat, ist ein derartiger Streik grundsätzlich rechtswidrig. Mithin hätten sich streikende Pflegekräfte (wie sonst auch Ärzte) in nachweisbaren Fällen wegen fahrlässiger Körperverletzung, wenn nicht sogar wegen fahrlässiger Tötung, strafbar gemacht.

1/ Die doctores zogen sich damals in großer Zahl längere Zeit in den holländischen Kurort Valkenburg in den Müßiggang zurück.

2/ Gemäß Münchener Merkur vom 12.2.1977 schlossen im Raum Hannover 750 Ärzte und 400 Zahnärzte ihre Praxen; die Zahl der Patientenaussperrer in Regensburg ist nicht bekannt. Derartige Maßnahmen sind deswegen verwerflich, weil keine Waffengleichheit wie sonst bei Sozialpartnern vorlag und weil Pressionen gegen den Gesetzgeber auf Kosten der Patienten ausgeübt wurden.

3/ Die englischen Krankenfahrer forderten in ihrem Streik im Januar 1979 einen Grundlohnzuschlag von 60 %. Laut FAZ vom 23.1.1979 (S. 3) hatte Bill Dunn, der Sprecher der 2300 Londoner Krankenfahrer, gesagt, daß es Rücksicht auf Menschenleben diesmal nicht geben könne. "Wenn der Streik den Verlust von Menschenleben bedeutet - dann muß es eben sein". In der selben Pressenotiz wird berichtet, daß in Glasgow streikende Krankenträger einen Schwerverletzten auf einer Bahre nicht ins Krankenhaus ließen, bis die Polizei einschritt.

6. Beweislast

Im Strafprozeß gilt der Grundsatz "in dubio pro reo". Dies bedeutet, daß der Kläger (Staat oder Privatkläger) die volle Beweislast trägt, mithin den Nachteil der Ungewißheit zu tragen hat. Der Beschuldigte oder Angeklagte braucht also nicht seine Unschuld zu beweisen. Im Zweifel ist die ihm günstigere Tatsache der Entscheidung zu Grunde zu legen. Bei Unsicherheit seiner Täterschaft, der Rechtswidrigkeit seiner Handlung, bei Zweifeln an seiner Schuld ist er freizusprechen. Diese für den Arzt und den Nichtarzt günstige Ausgangsposition ist allerdings erheblich dadurch geschmälert, daß - wie schon erwähnt [1]/ - der Behandelnde beweisen muß, daß der Behandelte seine Einwilligung zu dem Eingriff erteilt hat. Hierüber kann eine Anzahl von Fällen, wo der Behandelte nicht einen Verstoß gegen die Prinzipien ordnungsgemäßer Behandlung beweisen kann, befriedigend gelöst werden. Im Strafprozeß gelten ferner der Ermittlungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung; dies bedeutet einerseits, daß das Gericht den Sachverhalt selber ermittelt und dabei an Anträge und Erklärungen der Prozeßbeteiligten nicht gebunden ist, zum anderen, daß das Gericht nach seiner freien, aus dem Inbegriff der Verhandlung gebildeten Überzeugung zu entscheiden hat.

II. Die einzelnen Straftatbestände.

1. Fahrlässige Tötung, § 222 StGB.

Objekt dieses Delikts ist "ein Mensch", d.h. auch ein Kind in oder gleich nach der Geburt (nicht in einem früheren Stadium). Diese Feststellung ist für Hebammen deswegen wichtig, weil fahrlässige Abtreibung nicht strafbar ist. Die Begehung ist sowohl durch positives Tun wie auch durch Unterlassen möglich, sofern eine Garantenstellung bestand. Typische Fälle der aktiven Form sind zahlreiche Konstellationen in der Kranken-

---

1/ Vgl. S. 40

pflege, z.B. Verwechslung des zu verabreichenden Medikaments [1], irrtümliche Applikation einer zu hohen Konzentration eines Medikaments . Hat das Hilfs- oder Pflegepersonal gemäß ärztlicher Anordnung gehandelt und ist hierdurch der Patient verstorben, so hat sich die Hilfsperson in der Regel nicht strafbar gemacht, da sie grundsätzlich nicht verpflichtet ist, von sich aus eine ärztliche Anordnung auf ihre Richtigkeit nachzuprüfen. Anders wäre nur bei einer offensichtlichen Fehlanweisung zu entscheiden. - Außerdem wäre eine fahrlässige Tötung z.B. dadurch denkbar, daß der Nachtportier oder die Nachtschwester die Aufnahme des Notfallpatienten abweist und dieser daraufhin stirbt. - Ein typisches Beispiel für eine fahrlässige Tötung durch Unterlassen wäre der Fall, daß der gerufene und angewiesene Einsatzsanitäter nicht zum Notfallort fährt und der Patient, der sonst zu retten gewesen wäre, durch den Nichttransport ins Krankenhaus stirbt. Denkbar wäre eine fahrlässige Tötung auch durch Nichthindern der Selbsttötung [2].

Die Rechtswidrigkeit kann durch Einwilligung nicht ausgeschlossen werden [3].
Die Schuldform ist Fahrlässigkeit. Hieraus ergibt sich die Abgrenzung gegenüber der Körperverletzung mit Todesfolge (§ 226 StGB), die ein Vorsatzdelikt ist.

2. Fahrlässige Körperverletzung, § 230 StGB.

Hier braucht nicht im einzelnen erörtert zu werden, in welchen Formen dieses Delikt typischerweise begangen werden kann. Die Vielfältigkeit der Verwirklichung des Tatbestands des § 230 StGB ergibt sich insbesondere aus dem oben über die Sachgerechtheit des Eingriffs und über die Kompetenz zum Eingriff Gesagten. Ein besonderer Fall, der bisher noch nicht ins öffentliche Bewußtsein gerückt ist, soll hier jedoch nochmals hervorgehoben werden. Es handelt sich darum, daß Krankenpflege- und Assistenzpersonal (oder auch Ärzte) streiken. Eine durch einen solchen Streik hervorgerufene

---

1/ OLG Köln NJW 1969/1586: MTA und Krankenschwester verwenden eine für die äußerliche Anwendung gekennzeichnete Coffein-Lösung innerlich.
2/ BGH LM § 222 StGB Nr. 25; SCHÖNKE-SCHRÖDER Vorbem. 37 vor §§ 211 ff.
3/ BGHSt 4/93; BayObLG NJW 1957/1245; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 222 Anm.3

Minderung des körperlichen oder seelischen Wohlbefindens Kranker wäre eine tatbestandsmäßige Körperverletzung (darüber hinaus sind ohne weiteres Fälle denkbar, bei denen etwa durch Ausfall von Beatmungsgeräten, Unterlassen von Bluttransfusionen oder Sterilisationsmaßnahmen der Tod von Patienten eintritt). Hinsicht der Rechtswidrigkeit wäre im Zweifel in der Weise zu entscheiden, daß das Recht auf freie Gestaltung der Arbeitsbedingungen durch Maßnahmen des kollektiven Arbeitskampfs niederen Rang hat als die Gesundheit der Patienten; dies würde bedeuten, daß ein Streik von Krankenhaus- oder sonstigem Pflegepersonal (wie auch von Ärzten) im Zweifel rechtswidrig ist. Ausnahmen könnten nur da gelten, wo zweifelsfrei sichergestellt ist, daß den Bedürfnissen der Patienten in objektiv ausreichender Weise Rechnung getragen wird. Dies war - wie die damaligen Presseberichte ergaben - bei dem kürzlichen Streik des englischen Gesundheitsdienstpersonals nicht der Fall. Die Presseberichte ließen erkennen, daß eine Anzahl Patienten durch den Streik gesundheitlich beeinträchtigt und teilweise hochgradig gefährdet waren. - Das Bundesverfassungsgericht müßte demnächst gegebenefalls klären, ob bzw. wieweit den in der Krankenbetreuung Tätigen in Westdeutschland ein Streikrecht überhaupt zusteht.

Die fahrlässige Körperverletzung kann - im Gegensatz zur fahrlässigen Tötung - durch vorherige Einwilligung des später Verletzten gerechtfertigt sein (§ 226 a StGB).

Zur Schuldfrage ist die Besonderheit festzuhalten, daß nach § 230 StGB auch derjenige zu bestrafen ist, der durch sorgfaltswidriges Verhalten den Tod eines anderen verursacht hat, aber nur eine Körperverletzung voraussehen konnte [1].

Die Tat ist Antragsdelikt (§ 232 StGB) und Privatklagedelikt (§ 374 I Nr. 4 StPO).

1/ SCHÖNKE-SCHRÖDER § 230 Anm. 3; OLG Köln NJW 1956/1848

3. Unterlassene Hilfeleistung, § 330 c StGB.

Diese Strafvorschrift wird auch als "Liebesparagraph" bezeichnet; das ist deswegen nicht ganz zutreffend, weil der Grund der Bestrafung der unterlassenen Hilfeleistung nicht die betätigte rücksichtslose Gesinnung [1]/, sondern der Gedanke der Schadensabwehr ist [2]/.

Es handelt sich um ein echtes Unterlassungsdelikt, bei dem es lediglich auf die pflichtwidrige Unterlassung ankommt, nicht jedoch auf den Eintritt irgendeines Erfolges [3]/. Die Abgrenzung von den hier in Frage kommenden unechten Unterlassungsdelikten, also fahrlässige Tötung und fahrlässige Körperverletzung durch Unterlassen, hängt davon ab, ob der Täter Garant war oder nicht. War der Täter Garant, wären aber sonst die Voraussetzungen des § 330 c StGB gegeben, so würden die §§ 222 StGB bzw. 230 StGB zu § 330 c StGB in Idealkonkurrenz stehen. Die Schuldigsprechung hätte also aus den verschiedenen strafrechtlichen Gesichtspunkten zu erfolgen; die Strafe wäre hingegen nach dem Absorptionsprinzip nur dem schwersten der auf die Tat zutreffenden Strafgesetz zu entnehmen.

Zur Verwirklichung des § 330 c StGB muß ein Unglücksfall, also ein plötzlich eintretendes Ereignis, das erhebliche Gefahr für Menschen (oder gegebenenfalls für Sachen) mit sich bringt, oder eine gemeine Gefahr, also eine konkrete Gefahr für eine unbestimmte Vielzahl von Personen (oder gegebenenfalls von Sachen), oder Not, also eine die Allgemeinheit betreffende Notlage, vorliegen. In einer dieser Situationen muß der Täter nicht Hilfe geleistet haben, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich war.

1/ BGH JZ 1952/116
2/ BGHSt 14/215; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 330 c Anm. 1
3/ Natürlich kann auch im Falle des § 330 c StGB der Tod oder die Körperverletzung des Opfers eingetreten sein.

Für den Nichtarzt im Sinne dieser Arbeit ist die erste Alternative, also der Unglücksfall, von praktischer Bedeutung. Unglücksfälle im Sinne des § 330 c StGB sind in erster Linie der Verkehrsunfall [1], ferner z.B. das Liegen eines Betrunkenen auf der Fahrbahn [2], aber auch eine Krankheit und zwar nur dann, wenn ihr plötzlicher Eintritt oder ihre plötzliche Wendung zu Schlimmerem eine unmittelbare und auch für jeden Unbeteiligten sofort erkennbare Gefahr herbeiführen [3]. Eine solche als Unglücksfall zu bezeichnende Krankheitssituation ist z.B. bei sich steigernden und unerträglich werdenden Schmerzen in der Bauchhöhle gegeben [4] oder bei Fortentwicklung einer Schwangerschaft zu einem plötzlichen Ereignis mit Schadensdrohung [5] oder bei Krampfanfällen eines Epileptikers [6]. In derartigen Fällen kann der hilfepflichtige Nichtarzt in der Regel zwar nur laienhaft Hilfe leisten; er muß aber das ihm Mögliche, zur zweckmäßigen Hilfe Erforderliche tun [7]. Dies kann schon darin bestehen, daß er durch Telefon den Notfallwagen ruft, oder dadurch, daß er sein Telefon für ein notwendiges Gespräch zur Verfügung stellt. Die Hilfsmaßnahmen müssen ihm zumutbar sein. So ist dem Pflichtigen z.B. zumutbar, daß seine Autopolster durch die Hilfeleistung beschmutzt werden [8] oder daß er einen Geschäftstermin verpaßt. Nicht zumutbar wäre ihm, daß er in ein vom Einsturz bedrohtes brennendes Haus eindringt, um dort einen Verletzten zu versorgen [9]. Hingegen ist derjenige, der einen Unglücksfall mitverursacht hat,

---

1/ BGHSt 11/136
2/ BayObLG NJW 1953/556
3/ RGSt 75/71; BayObLG NJW 1953/556; BERG S. 37; LIEBHARDT-SPANN S. 274
4/ OLG Hamm NJW 1975/604
5/ RGSt 75/162
6/ Vgl. BERG S. 37
7/ SCHÖNKE-SCHRÖDER § 330 c Anm. 17 und 19
8/ Vgl. LIEBHARDT-SPANN S. 274
9/ LIEBHARDT-SPANN a.a.O

zur Hilfeleistung auch dann verpflichtet, wenn er befürchtet, durch die Hilfeleistung in ein Ermittlungsverfahren verwickelt zu werden [1]. Die Krankenschwester, die einem Patienten durch Verwechslung eine lebensbedrohende Substanz injiziert hat, muß also diesen Irrtum sofort dem Arzt offenbaren und diesen zu Hilfe holen.

Unglücksfall ist auch jeder Selbstmordversuch [2]. Der Bundesgerichtshof hat entschieden, daß die Hilfepflicht des Dritten auch dann besteht, wenn der Suizident seinen Tod noch will [3]. Eine besondere Situation besteht, wenn der Hilfepflichtige sich zur Hilfe durch eine religiöse Überzeugung gehindert glaubt. Insoweit ist die Rechtsprechung nicht einheitlich. Während das OLG Hamm einen Zeugen Jehovas für verpflichtet hielt, die Zustimmung zum Blutaustausch bei seinem anders nicht mehr zu rettenden Kind zu erteilen [4], sah das Bundesverfassungsgericht im Einzelfall (es handelte sich um Mitglieder der evangelischen Brüdervereinigung, deren Glauben ärztliche Behandlung verbietet; der Angeklagte hatte es unterlassen, seine Frau zur Transfusion ins Krankenhaus zu bringen) für möglich an, daß eine Kriminalstrafe "unter keinem Aspekt ..... eine adäquate Sanktion" sei [5].

Die Pflicht zur Hilfeleistung gegenüber dem Verunglückten entfällt unter anderem, wenn der Verunglückte sofort den Tod gefunden hat [6], besteht aber andererseits auch dann, wenn der Tod nicht abgewendet werden kann [7].

Der Vorsatz muß die Kenntnis vom Unglücksfall umfassen, also insbesondere vom plötzlichen Krankheitseintritt oder der plötzlichen Verschlimmerung, ferner die Kenntnis der Erfor-

---

1/ BGH NJW 1958/957
2/ BGHSt 6/147; BGH NJW 1954/1049; vgl. auch BGH NJW 1959/1738; LIEBHARDT-SPANN S. 274 f.; anders SCHÖNKE-SCHRÖDER § 330 c Anm. 7.
3/ BGH NJW 1954/1049; im Ergebnis wohl zustimmend BERG S. 38; anders LIEBHARDT-SPANN S. 275
4/ NJW 1968/212
5/ MDR 1972/116
6/ BGH JR 1951/689, NJW 1962/1212
7/ BGH JR 1956/347 und NJW 1962/1212

derlichkeit der Hilfeleistung und deren Zumutbarkeit. Der letztere Punkt bedeutet, daß die irrtümliche Annahme von Umständen, die die Hilfeleistung nicht erforderlich oder unzumutbar machen würden [1], den Vorsatz und damit die Strafbarkeit ausschließen würden; hingegen würde eine falsche Vorstellung des Hilfepflichtigen über "die Hilfspflicht" oder über "das ihm Zumutbare" ein Verbotsirrtum sein [2], der allenfalls strafmildernd wirken könnte (§ 17 StGB).

4. Verletzung der Schweigepflicht.

Für den Nichtarzt sind insbesondere die §§ 203 - 205 StGB wichtig [3]. Daneben sind die §§ 715 RVO [4] und 35 SGB [5] zu erwähnen.

Gemäß § 203 StGB ist das Privatgeheimnis vor unbefugter Offenbarung durch bestimmte Berufsgruppen geschützt. Das durch diese Vorschrift geschützte Rechtsgut ist neben dem Individualinteresse an der Geheimhaltung vor allem das allgemeine Vertrauen in die Verschwiegenheit der Angehörigen bestimmter Berufe, hier der Heilberufe [6].

Geheimnisträger im Sinne des § 203 StGB Abs. I und III sind neben den Ärzten z.B. Apotheker, Angehörige anderer Heilberufe mit staatlich geregelter Ausbildung, Berufspsychologen mit staatlich anerkannter Abschlußprüfung, Ehe-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer öffentlich anerkannten Beratungsstelle, staatlich anerkannte Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, Angehörige eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung

---

1/ Der Hilfepflichtige nimmt z.B. irrtümlich an, er würde sich bei Hilfeleistung lebensgefährlich infizieren.
2/ BayObLG MDR 1957/116; OLG Hamm NJW 1968/212
3/ Korrespondierend ist das durch die §§ 53, 53 a StPO gegebene prozessuale Schweigerecht (Zeugnisverweigerungsrecht).
4/ Betr. Schweigepflicht der Kontrolleure der Berufsgenossenschaften. (§ 141 RVO aufgehoben mit Wirkung vom 1.1.1975).
5/ Betr. Geheimhaltungspflicht der Leistungsträger, ihrer Verbände, sonst.öff.rechtl.Vereinigungen u. Aufsichtsbehörden.
6/ SCHÖNKE-SCHRÖDER § 203 Anm. 3

oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle sowie die berufsmäßig tätigen Gehilfen der vorerwähnten Personen [1]/ und diejenigen, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind (Studenten, Lehrschwestern). Nicht ausdrücklich aufgeführt sind die Inhaber, Leiter, Organe und Bediensteten von Krankenanstalten und von medizinischen Zwecken dienenden Untersuchungsanstalten. Dieser Personenkreis wird jedoch - im Zweifel außer der Krankenhausleitung [2]/ - in seiner Eigenschaft als berufsmäßig tätige Gehilfen des Arztes gem. Abs. III schweigepflichtig sein.

Das "fremde Geheimnis", also eine Tatsache, die nur einer beschränkten Zahl von Personen, einem überschaubaren Personenkreis [3]/ bekannt ist, kann alles sein, was der geheimhaltungspflichtigen Person in innerem Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufs in irgendeiner Weise bewußt mitgeteilt worden

---

1/ Z.B. die nur gelegentlich in der Arztpraxis ihres Mannes helfende Ehefrau, SCHÖNKE-SCHRÖDER § 203 Anm. 64; LENCKNER S. 166.

2/ Vgl. den von KLEINEWEFERS-WILTS NJW 1964/429 ff berichteten Fall: Ein unfallverletzter Patient wird in ein städtisches Krankenhaus eingeliefert und stirbt dort an den Unfallfolgen. Kollision der Anzeigepflicht gem. § 159 StPO (unnatürlicher Tod) mit der Geheimhaltungspflicht. Die Autoren sehen in der Krankenhausleitung "Gehilfen" des Arztes und bejahen die Geheimhaltungspflicht (damals des § 300 StGB alte Fassung) als spezielle Pflicht gegenüber einer allgemeinen Behördenpflicht. Auch sei jedenfalls bei Verkehrsunfällen die Schweigepflicht nicht vorrangig. Dies Ergebnis ist unbefriedigend, da es nicht den Bedürfnissen der öffentlichen Ordnung (z.B. Aufdeckung von Delikten) gerecht wird.
SCHÖNKE-SCHRÖDER § 203 Anm. 42 bezeichnen die Geheimhaltungspflicht der Krankenhausleitung als "zumindest zweifelhaft".

3/ LIEBHARDT-SPANN S. 282

ist [1]/. Geheimnis in diesem Sinn kann unter Umständen schon der Name des Patienten sein [2]/. Die Offenbarung ist nur dann "befugt", wenn der Geheimnisträger von der Geheimhaltung entbunden oder die Offenbarung sonst gerechtfertigt ist [3]/, z.B. durch besonderes Gesetz oder mutmaßliche Einwilligung oder Güterabwägung [4]/. Geschützt kann im Einzelfall auch der Minderjährige sein vor Weitergabe der über ihn bestehenden Kenntnisse an seine Eltern z.B. durch die Krankenschwester oder durch die Praxisangestellten [5]/.
Hervorzuheben ist, daß der Heilpraktiker nicht unter § 203 StGB fällt, da sein Beruf keine staatlich geregelte Ausbildung erfordert [6]/. Seine Schweigepflicht ergibt sich in zivilrechtlicher Hinsicht aus dem mit dem Patienten zustande gekommenen Behandlungsvertrag entweder ausdrücklich oder stillschweigend [7]/.

5. Verletzung von Anzeige- und sonstigen Pflichten.

Anzeige- oder Meldepflichten, die strafrechtlich sanktioniert wären, bestehen für den Nichtarzt im Sinne dieser Arbeit nur ganz vereinzelt. Eine solche Pflicht ist z.B. die in § 3 des Gesetzes zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten den Eltern, Erziehungsberechtigten bzw. den gesetzlichen Vertretern auferlegte Pflicht, gegebenenfalls für die ärztliche Untersuchung und Behandlung ihrer Pflegebefohlenen zu sorgen. Die Erfüllung dieser Pflicht kann mit Zwangsmitteln durchge-

---

1/ SCHÖNKE-SCHRÖDER § 203 Anm. 13; ähnlich LIEBHARDT-SPANN S. 282; nicht zutreffend BERG S. 41, der darauf abstellt, was "bei der Ausübung" des Berufs "wahrgenommen" wird.
2/ LIEBHARDT-SPANN S. 282
3/ BERG S. 41; LIEBHARDT-SPANN S. 283; SCHÖNKE-SCHRÖDER § 203 Anm. 21 ff.
4/ BERG S. 43; KOHLHAAS 1 S. 1161; LIEBHARDT-SPANN S. 284
5/ Vgl. BERG S. 42; LIEBHARDT-SPANN S. 282, 283
6/ KOHLHAAS 5 S. 8; LENCKNER S. 165
7/ RABE S. 229

setzt werden. Die Verletzung der in § 7 hinsichtlich Stillen und Pflegen von Kindern sowie Blutspenden festgelegten Pflichten ist in Abs. IV dieser Vorschrift mit Strafe bedroht.

Nach § 4 I und II Bundes-Seuchengesetz sind berufsmäßig beschäftigte Pflegepersonen, die hinzugezogene Hebamme, das Familienhaupt, der Leichenschauer, der Schiffsführer oder der Anstaltsleiter zur Meldung gemäß § 3 des Gesetzes verpflichtet. Diese Personen müssen damit rechnen, gemäß § 69 des Gesetzes mit einer Ordnungswidrigkeiten-Geldbuße belegt zu werden, sofern sie ihrer Meldepflicht nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen.

Allgemein ist darauf hinzuweisen, daß eine Person, die von einer pflichtwidrigen Behandlung Kenntnis erhält (zu denken ist insbesondere an eine Krankenschwester, einen Pfleger oder einen Studenten, die einen schuldhaft fehlerhaften Eingriff eines Arztes oder einer anderen Pflegeperson oder eines anderen Studenten beobachten oder erfahren) nicht zur Unterrichtung der geschädigten Person (bzw. der Erben) oder zur Anzeige bei den mit der Strafverfolgung beauftragten Behörden verpflichtet ist [1]/. Eine solche Unterrichtung oder Anzeige ist jedoch zulässig; allerdings muß sich der Unterrichtende bzw. Anzeigende darüber klar sein, daß er - sofern sich seine Vorwürfe als nicht beweisbar herausstellen - gegebenenfalls auf Schadenersatz haftet oder wegen Beleidigung, übler Nachrede oder falscher Anschuldigung belangt werden kann.

1/ SCHULZ 2 S. 1401

B. Die zivilrechtliche Haftung des Nichtarztes.

In diesem Abschnitt geht es um die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen dem "Nicht-richtig-Behandelten", also dem Verletzten bzw. seinen Erben, ein Schadenersatzanspruch gegen den Nichtarzt zusteht.

I. Allgemeine zivilrechtliche Haftungsgrundsätze.

1. Im allgemeinen kann sich ein Schadenersatz-Haftungsgrund ergeben aus einem Vertrag direkt (z.B. einem Versicherungsvertrag), aus einem Vertrag wegen Vertragsverletzung (wegen Nichterfüllung bei Unmöglichkeit der Leistung, §§ 280, 325 BGB, Verzug, §§ 284 ff., 326 BGB, oder wegen Schlechterfüllung bei der Mängelhaftung, bei positiver Forderungsverletzung oder bei culpa in contrahendo, §§ 286, 326, 242, 276 BGB) oder aus Gesetz (insbesondere unerlaubte Handlung, §§ 823 ff BGB, Gafährdungshaftung, fehlerhafte Willenserklärung, §§ 122, 307 BGB u.a.). Hier kommen die Gesichtspunkte Vertragsverletzung und Delikt in Frage. Vom dem Komplex "Vertragsverletzung" werden die Fälle Unmöglichkeit und Verzug als untypisch ausgeklammert, so daß also nur die positive Vertragsverletzung erörtert werden wird. Hiervon sind im Zusammenhang mit dem Thema wichtig die Fälle der Schlechtleistung. Von dem Komplex "Haftung aus Gesetz" sind hier nur die Fälle der unerlaubten Handlung (§§ 823 ff BGB) erheblich.

2. Schaden ist jeder Nachteil, den jemand durch ein bestimmtes Ereignis an seinen Rechtsgütern erleidet [1]/. Der Schaden kann sowohl unmittelbar sein, d.h. ein unmittelbar durch das schädigende Ereignis verursachter Nachteil (z.B. Amputation des durch eine fehlerhafte Injektion geschädigten Arms), wie auch mittelbar (durch Verlust des Arms Ausfall an Geldeinnahmen wegen verminderter Erwerbsmöglichkeiten). Der Streit, ob Heilungskosten als unmittelbarer Schaden oder Folgekosten

---

1/ PALANDT Vorbem. 2 § 249

anzusehen sind, hat keine praktische Bedeutung [1]/. Der Schaden kann ein (materieller) Vermögensschaden oder ein (immaterieller) ideeller Schaden sein. Der Vermögensschaden kann in Form der Beschädigung von Sachen oder der Verletzung von Rechten wie auch in Gestalt entgangenen Gewinns eintreten. Der ideelle Schaden ist hier wichtig als Gesundheitsschaden und körperlicher oder seelischer Schmerz.

Bei der Ermittlung des Schadens sind Krankheitsanlagen und Anfälligkeiten in verschiedener Weise zu berücksichtigen je nachdem, ob einerseits die Anlage als bereits laufende Ursache den Schaden, wenn auch zu einem späteren Zeitpunkt, allein herbeigeführt hätte, oder ob - im andern Fall - die Krankheitserscheinungen durch den Eingriff nur deshalb ausgelöst wurden, weil die Anlage zu der Krankheit beim Verletzten bereits vorhanden war, jedoch nicht feststeht, daß die Anlage zur Manifestation geführt hätte. Im ersteren Fall ist die Disponiertheit in der Weise zu berücksichtigen, daß dem Schädiger nur der eingriffsbedingte, nicht aber der anlagebedingte Schaden zuzurechnen ist [2]/. Im zweiten Fall wird die entstehende Krankheit - z.B. Neurose nach Körperverletzung - dem Täter voll zugerechnet; "wer unerlaubt gegen einen gesundheitlich anfälligen Menschen handelt, hat kein Recht darauf, so gestellt zu werden, als ob er einen völlig gesunden Menschen verletzt habe" [3]/. Allerdings hat der Täter für eine solche Neurose dann nicht einzustehen, wenn sie beim Verletzten Ausdruck des Strebens nach einer ihm vorteilhaft erscheinenden Lebenssicherung ist, also eine Flucht des Rentenneurotikers in die Krankheit darstellt [4]/.

3. Voraussetzung für einen Schadenersatzanspruch ist ursächlicher Zusammenhang zwischen Verwirklichung des haftungsbegründenden Tatbestands (hier Schlechtleistung und unerlaubte

---

1/ ERMAN § 249 Anm. 11
2/ RGZ 169/120 (Unfall bei Arthrose); ERMAN § 249 Anm. 45
3/ BGH LM § 249 BGB Nr. 2; RGZ 169/117
4/ BGHZ 20/137 = KDR § 249 BGB 1956-38-593

Handlung) und Schaden. Die im Strafrecht gültige Äquivalenztheorie [1]/ ist im Zivilrecht nicht verwendbar, weil das Korrektiv der Schuld im Zivilrecht fehlt; denn im Zivilrecht braucht sich das Verschulden nur auf den rechtswidrigen Eingriff als solchen zu beziehen, nicht jedoch auf die weiteren Folgen. Im Zivilrecht ist ein ursächlicher Zusammenhang vielmehr nur dann vorhanden, wenn die Verursachung "adäquat" ist, d.h. von den condiciones sine quibus non wirken nur solche kausal im bürgerlich-rechtlichen Sinn, die "im allgemeinen und nicht nur unter besonders eigenartigen, ganz unwahrscheinlichen und nach dem regelmäßigen Verlauf der Dinge außer Betracht zu lassenden Umständen zur Herbeiführung des Erfolges geeignet" waren [2]/. Hierbei ist wichtig, daß es nicht auf die Vorhersehbarkeit des Kausalverlaufs und des Erfolgseintritts für den Täter ankommt, sondern auf die Erwartbarkeit nach den allgemeinen Lebensanschauungen [3]/. Adäquate Kausalität ist z.B. gegeben zwischen einer Schußverletzung und einer im Krankenhaus zugezogenen Grippeerkrankung mit anschließendem Tod [4]/; das Miterleben des qualvollen Todes eines Kindes durch Verabreichung eines falschen Medikaments kann zu schweren Gesundheitsschäden der Mutter führen [5]/; zwischen einer Typhus-Schutzimpfung und der im Anschluß an diese eintretenden Staphylokokken-Eiterung und der Entwicklung einer derartigen Eiterung zu einem - im entschiedenen Fall tödlichen - Sarkom besteht adäquater Zusammenhang [6]/. Auch ein Unterlassen kann adäquat kausal für den Eintritt des Schadens sein, wenn eine Pflicht zum Handeln bestand und die Vornahme der gebotenen Handlung den Schadenseintritt ver-

---

1/ Vgl. oben S. 11 ff.
2/ RGZ 133/127; BGHZ 3/267; ERMAN § 249 Anm. 24; PALANDT Vorbem. 5 vor § 249
3/ BGH NJW 1952/1010
4/ RGZ 105/264
5/ ERMAN § 249 Anm. 37
6/ BGHZ 18/286 = NJW 1955/1876

hindert hätte [1].

4. Schadenersatzpflicht besteht nur dann, wenn der ursächliche Eingriff oder die verursachende Unterlassung rechtswidrig war. Rechtswidrig ist grundsätzlich jeder Eingriff in eine fremde Rechtssphäre, wenn dadurch der gesetzliche Tatbestand einer zum Schadenersatz verpflichtenden Handlung erfüllt wird. Rechtswidrigkeit ist also prinzipiell gleich Tatbestandsmäßigkeit. Der Eingriff ist dann nicht rechtswidrig, wenn die oben [2] ausführlich geschilderten Voraussetzungen erfüllt sind.

5. Eine weitere Voraussetzung der Schadenersatzpflicht ist das subjektive Element Schuld [3].
Gemäß § 276 BGB hat der Schuldner im Falle eines bereits bestehenden Schuldverhältnisses und gem. § 823 BGB bei unerlaubter Handlung Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten. Da vorsätzliches Handeln des Nichtarztes bei der Umschreibung des Themas ausgeklammert wurde, bedarf nur der Begriff der Fahrlässigkeit der Erläuterung. Gemäß § 276 I 2 BGB handelt fahrlässig, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt. Die Fahrlässigkeit bestimmt sich also im Zivilrecht im Gegensatz zum Strafrecht nach einem objektiven Maßstab. Und zwar haftet jeder für die Sorgfalt, die in seinem Berufskreis oder etwa seiner Altersklasse erforderlich ist [4]. Da das Gesetz auf die im Verkehr "erforderliche" und nicht "übliche" Sorgfalt abstellt, sind eingerissene Verkehrsunsitten und -nachlässigkeiten nicht entschuldigt [5]. Ein Pfleger könnte sich also nicht darauf berufen, daß in dem

---

1/ BGHZ 7/204; ERMAN § 249 Anm. 29; PALANDT Vorbem. 5 d, dd vor § 249
2/ S. 13 ff.
3/ Es erscheint nicht erforderlich, eine neuere (abzulehnende) Auffassung zu erörtern, nach welcher Vorsatz und Fahrlässigkeit keine Unterformen der Schuld, sondern Elemente der Rechtswidrigkeit sind; vgl. ERMAN § 276 Anm. 8 - 17.
4/ BGHZ 8/138; BGH JZ 1954/297 = KDR § 276 BGB 1954-28-448
5/ BGHZ 5/319 = NJW 1952/779; PALANDT § 276 Anm. 4 a

Krankenhaus, in dem er tätig ist, die erforderlichen Sterilitätsmaßnahmen nicht oder nur lax durchgeführt würden. Die Operationsschwester könnte nicht mit Erfolg geltend machen, es sei in ihrer chirurgischen Abteilung seitens der Ärzte nie von den Schwestern verlangt worden, das Operationszubehör während und nach der Operation auf Vollständigkeit zu prüfen und dadurch das Verbleiben von derartigen Gegenständen im Körper des Patienten zu verhindern. -

Das bürgerliche Recht unterscheidet folgende Arten von bewußter und unbewußter Fahrlässigkeit: Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die im Verkehr erforderliche Sorgfalt in ungewöhnlich großem Maß verletzt wurde, wenn Dinge übersehen wurden, die jeder hätte erkennen können und müssen [1]/. Von leichter oder gewöhnlicher Fahrlässigkeit spricht man dann, wenn die im Verkehr erforderliche Sorgfalt ohne besonders erschwerende Momente außer acht gelassen wurde. Von der Rechtsprechung, insbesondere vom Bundesarbeitsgericht, wurde neuerdings der Begriff der ganz leichten oder leichtesten Fahrlässigkeit geprägt [2]/. Bei angestellten Nichtärzten kann eine Haftungsminderung eintreten, sofern sie eine "gefahrengeneigte" Tätigkeit ausüben und der schädigende Eingriff im Rahmen dieser Tätigkeit erfolgte [3]/. Eine Arbeit ist gefahren- oder schadengeneigt, wenn sie es ihrer Art nach mit sich bringt, daß auch dem sorgfältigen Arbeitnehmer gelegentlich Fehler unterlaufen, die zwar - für sich allein betrachtet - jedesmal vermeidbar, also fahrlässig herbeigeführt sind, mit denen aber angesichts der menschlichen Unzulänglichkeit erfahrungsgemäß zu rechnen ist [4]/.

1/ BGHZ 10//16, 17/199; ERMAN § 276 Anm. 61
2/ PALANDT § 276 Anm. 4 a
3/ Grundsätzlich bejahend:
für Krankenschwestern TEICH 1 S. 252; TEICH 2 S. 417
für Ärzte und Pflegepersonen LAUFS S. 87
für angestellten Krankenhausarzt UHLENBRUCK 2 S. 389
4/ BGH DB 1969/2224 = KDR § 611 BGB II - 1/70; BAG 5/1(7);
BAG NJW 1959/1003;
vgl. auch BURCK S. 615.

Rechtsprechung und Lehre haben für das Arbeitsrecht den Grundsatz entwickelt, daß der Arbeitgeber den Arbeitnehmer, der mit einer gefahren- und schadensgeneigten Arbeit betraut ist, bei leichter und leichtester Fahrlässigkeit (evtl. auch bei grober Fahrlässigkeit [1]) wegen des unverhältnismäßigen Haftungsrisikos von der Haftung gegenüber Dritten freizustellen hat [2]. Diese heute gewohnheitsrechtlich gesicherte Haftungsbeschränkung [3] wird begründet mit § 242 BGB und der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Die Konstruktion der Haftungsminderung wegen gefahrengeneigter Tätigkeit führt zu Haftungsausschluß oder Haftungsbeschränkung im Innenverhältnis zwischen Angestelltem oder Arbeiter einerseits und Arbeitgeber andererseits. Dies bedeutet, daß gegebenenfalls der Arbeitgeber den Dritten, der gegen den Arbeitnehmer einen Schadenersatzanspruch erhebt, ganz oder teilweise zu befriedigen hat oder der Arbeitnehmer durch befreiende Schuldübernahme (§§ 414 f. BGB) aus der Haftung ganz oder teilweise entlassen wird. Im Falle, daß der Arbeitgeber gegen den Arbeitnehmer einen Schadenersatzanspruch hat (sei es ein eigener unmittelbarer Schadenersatzanspruch, sei es ein Regreßanspruch), wäre dieser Anspruch nach § 254 BGB oder durch (Teil-)Erlaß (§ 397 BGB) oder durch (Teil-) Aufrechnung (§§ 387 ff BGB) zu mindern oder aufzuheben bzw. zu tilgen. In Frage kommt natürlich auch eine Freistellung im Wege der Abdeckung durch eine vom Arbeitgeber zu Gunsten des Angestellten abgeschlossene Haftpflichtversicherung [4]. - In den Fällen der Schadensgeneigtheit erwirbt also der Geschädigte (abgesehen von den Fällen der §§ 278 und 831 BGB) zunächst keinen eigenen unmittelbaren Anspruch gegen den Arzt oder das Krankenhaus, vielmehr gegebenenfalls erst durch den weiter hinzutretenden Akt einer privativen Schuldübernahme.

1/ BAG BB 1970/1009 = KDR § 611 BGB II - 20/70
2/ BAG MDR 1960/876; BGHZ 16/111 ff; BGHZ 27/62 ff; ERMAN § 276 Anm. 67 ff; PALANDT § 276 Anm. 5 C
3/ PALANDT § 276 Anm. 5 C
4/ ERMAN § 276 Anm. 68

Es wird im Einzelfall zu entscheiden sein, ob die Tätigkeit des angestellten Nichtarztes schadens- oder gefahrengeneigt ist und ob der Verschuldensgrad eine Haftungsminderung zuläßt. Hierbei werden die Gefährlichkeit der Arbeit, vom Arbeitgeber einkalkuliertes oder durch Versicherung gedecktes Risiko, Stellung des Arbeitnehmers im betreffenden Praxis- oder Krankenhausbetrieb, Höhe des Arbeitsentgelts, ferner Schadenshöhe, Verschuldensgrad, evtl. auch Dauer der "Betriebszugehörigkeit", Lebensalter, Familienverhältnisse, bisheriges Verhalten usw. zu berücksichtigen sein [1]/. Nach den obigen Grundsätzen wäre z.B. eine erfahrene und zuverlässige Krankenschwester, die an einem neu installierten und komplizierten Narkosegerät eingesetzt wird, bei geringfügigem Verschulden in weit höherem Maß zu entlasten als z.B. ein Pfleger, der bei einer Katheterisierung eine Schleimhautverletzung oder gar eine Perforation verursacht. Auf Studenten wären die Grundsätze der Schadensgeneigtheit nicht anzuwenden, da sie nicht in einem Arbeitsvertragsverhältnis stehen.

Zu erwähnen ist noch, daß sich der Verletzte ein eventuelles Mitverschulden gemäß § 254 BGB entgegenhalten lassen muß, sofern dies für die Entstehung des Schadens mitursächlich war. Typische Fälle wären z.B., daß der Patient während der Injektion in die Ellenbeuge den Arm bewegt und dadurch eine zusätzliche Körperverletzung eintritt; ferner kommt es nicht selten vor, daß der Patient eigenmächtig und unsachgemäß vorzeitig seinen Verband lockert und dadurch eine Entzündung mit Sepsis eintritt.

Zur Fahrlässigkeit im übrigen vgl. die oben S. 41 ff gemachten Ausführungen.

6. Schadenersatz.

Gemäß § 249 1 BGB hat der Schadenersatzpflichtige den Zustand

---

1/ BAG 5/1 ff.

herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatz verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre (Grundsatz der Naturalherstellung). Satz 2 dieser Vorschrift bestimmt, daß der Gläubiger statt der Herstellung den dazu erforderlichen Geldbetrag verlangen kann, wenn wegen Verletzung einer Person oder Beschädigung einer Sache Schadenersatz zu leisten ist. Ferner hat der Ersatzpflichtige den Verletzten in Geld zu entschädigen, wenn dieser dem Verpflichteten zur Herstellung eine Frist bestimmt hat mit der Erklärung, daß er nach Ablauf der Frist die Herstellung ablehne (§ 250 BGB), oder in dem Fall, daß und soweit die Naturalherstellung nicht möglich oder zur Entschädigung des Gläubigers nicht genügend ist (§ 251 I BGB). Der Ersatzpflichtige kann den Verletzten in Geld entschädigen, wenn die Herstellung nur mit unverhältnismäßigen Aufwendungen möglich ist (§ 251 II BGB).

Ist der Verletzte infolge der schuldhaften Körperverletzung in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt, so kann er eine Geldrente verlangen (§ 843 BGB). Im Falle der Tötung erwerben gegebenenfalls Dritte Ansprüche (§ 844 BGB: Beerdigungskosten, Geldrente).

Bei ideellen (immateriellen) Schäden, also im Zusammenhang mit dem Thema der Arbeit insbesondere bei Körperverletzungen und Gesundheitsbeschädigungen, kann der Verletzte eine "billige Entschädigung in Geld", das sog. Schmerzensgeld verlangen (§ 847 BGB).

7. Anspruchsberechtigter.

Anspruchsberechtigt ist in der Regel das Objekt des Eingriffs, also der Patient. Ferner kann der Arbeitgeber der Hilfsperson dann einen Anspruch gegen diese geltend machen, wenn er (Arzt, Krankenhaus, Schwesternverband, Orden o.ä.) ebenfalls für den fehlerhaften Eingriff einzustehen hat. Dies ist der Fall gemäß § 278 BGB, wenn zwischen Patient und Arzt bzw. Institution ein Vertrag bestand (Haftung für das Verschulden des Erfüllungs-

gehilfen), und gemäß § 831 BGB, wenn ein solcher Vertrag nicht bestand, der Schädiger jedoch Verrichtungsgehilfe des Arztes bzw. der Institution war, der Schädiger den Schaden dem Dritten bei Ausführung der Verrichtung zugefügt hat und der Arzt bzw. die Institution den Entlastungsbeweis gemäß § 831 I 2 BGB nicht führen kann [1]. Ein derartiger Regreßanspruch ergibt sich aus der positiven Vertragsverletzung des Dienstvertrags. Selbstverständlich hat in diesen Fällen die Hilfsperson nur einmal zu leisten.

8. Anspruchsverpflichteter.

Anspruchsverpflichtet ist zunächst der Nichtarzt, der den Eingriff durchgeführt (oder pflichtwidrig unterlassen) hat. Hat er als selbständige, nicht angestellte Person gehandelt (z.B. Straßenpassant im Fall des § 330 c StGB bei Unfall auf der Straße, freiberufliche Krankenschwester oder Hebamme, Verleger bzw. Verfasser eines fehlerhaften wissenschaftlichen Werks, Apotheker, Heilpraktiker u.a.), so ist er der einzige Verpflichtete [2]. Handelte er dagegen für einen Dritten, so ist - wie eben erwähnt - der Dritte (Arzt, Krankenhaus usw.) bei zwischen ihm und dem Geschädigten bestehendem Vertrag gemäß § 278 BGB haftbar [3], mangels eines solchen Vertrags unter den Voraussetzungen des § 831 BGB. In allen diesen Fällen haften der angestellte Nichtarzt und der Arbeitgeber nebeneinander; dies ergibt sich bei nichtvertraglichen Beziehungen zum Verletzten aus den §§ 823 und 831,823 BGB, bei vertraglicher Bindung nur des Arbeitgebers zum Patienten aus § 823 BGB hinsichtlich der Hilfsperson und aus §§ 831, 823 und § 278 BGB i.V.m. dem Behandlungsvertrag hinsichtlich des

---

1/ Zu den Einzelfragen, die je nachdem entstehen, ob eine Krankenschwester aufgrund eines Einzelarbeitsvertrags oder aufgrund eines Gestellungsvertrags in der Krankenanstalt tätig ist, vgl. TEICH 1 S. 244 ff und TEICH 2 S. 416 ff.

2/ Von den Fällen abgesehen, wo mehrere Personen je fehlerhaft handeln und jeder dieser Fehler für den Schaden kausal ist (z.B. Apotheker beliefert ein vom Heilpraktiker erkennbar falsch ausgestelltes Rezept; Lektor des Verlegers übersieht einen vom Autor im Text einer medizinischen Veröffentlichung gemachten Fehler)

3/ UHLENBRUCK 1 S. 2188

Arbeitgebers. Eine Besonderheit ergibt sich bei "Gestellungsschwestern", die z.B. von einem Orden einem Krankenhausträger zur Verfügung gestellt werden und dem Orden weiterhin weisungsunterworfen bleiben; in diesem Fall würde deliktisch wohl nicht die Krankenanstalt, sondern der Orden gemäß §§ 823, 831 BGB haften [1], während vertraglich der Krankenhausträger gemäß § 278 BGB einstehen müßte. Die bei einem fehlerhaften Eingriff der angestellten Hilfskraft also jeweils vorhandenen beiden Schuldner haften als Gesamtschuldner gemäß § 421 bzw. § 840 BGB[2]. Dies bedeutet, daß jeder zum Ersatz des ganzen Schadens verpflichtet ist, wobei der Geschädigte jedoch Schadenersatz insgesamt nur einmal fordern darf (§§ 421 ff BGB). Im Verhältnis untereinander kann der Arbeitgeber nach Leistung an den Geschädigten beim Schädiger, also der angestellten Hilfskraft, in vollem Umfang Rückgriff nehmen. Bei einem solchen Regreß würden - wie schon erwähnt - die Grundsätze der Haftungsminderung wegen schadensgeneigter Tätigkeit zu berücksichtigen sein.

9. Beweislast.

Im Zivilrecht und damit auch im Schadenersatzprozeß gilt der Grundsatz, daß jede Partei die Tatsachen behaupten und - soweit erforderlich - beweisen muß, aus denen sie ihr Recht ableitet [3]. Der Kläger hat also die Beweislast für die objektiven und subjektiven Voraussetzungen des Schadenersatzanspruchs. Er muß mithin den Eintritt des Schadens, das schädigende Ereignis, die haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität und das Verschulden des Schädigers beweisen [4].
Bei vertraglichen Schadenersatzansprüchen kehrt das Gesetz in

---

1/ TEICH 1 S. 248
2/ LAUFS S. 85; TEICH 1 S. 248,249; TEICH 2 S. 415, 417, 419, 420; UHLENBRUCK 1 S. 2190; UHLENBRUCK 2 S. 386; WESTERMANN S. 579, 581, 582
3/ ERMAN § 249 Anm. 126
4/ PALANDT Vorbem. 8 vor § 249

§ 282 und § 285 BGB die Behauptungs- und Beweislast hinsichtlich der schuldhaften Verursachung von Unmöglichkeit und Verzug um: Insoweit muß sich der Schuldner entlasten. Wenn diese Beweisregelung auch nicht allgemein analog auf die positive Vertragsverletzung angewendet werden kann [1]/, so gilt er gleichwohl im Ergebnis auch in diesem Fall bei Dienstverträgen (sowie Werk-, Beherbergungs- und Beförderungsverträgen u.a.) [2]/. Beim Behandlungsvertrag des Arztes und in der Krankenpflege tritt dementsprechend eine Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität mit der Maßgabe ein, daß der Schädiger sich insoweit bei groben Fehlern entlasten muß [3]/. Ferner muß der Schädiger beweisen, daß der Verletzte eine wirksame Einwilligung erteilt hat, d.h. unter anderem auch, daß er vom Schädiger richtig aufgeklärt worden ist [4]/. - Für die Beweiserbringung ist ferner der Beweis des ersten Anscheins (prima-facie-Beweis) von großer Bedeutung. Es handelt sich hier nicht um eine Umkehrung der Beweislast; vielmehr gilt ein Beweis als erbracht, wenn sich der Anscheinsbeweis auf typische Geschehensabläufe stützt, die bestimmte Schlußfolgerungen ermöglichen [5]/.

Bei deliktischen Schadensersatzansprüchen gelten ebenfalls die obigen Grundsätze. Im übrigen liegt eine Abweichung jedoch darin, daß sich - wie schon erwähnt - im Deliktsrecht der Geschäftsherr von seiner Haftung für seinen Verrichtungsgehilfen exkulpieren kann, während dies hinsichtlich des Erfüllungsgehilfen nicht möglich ist.

1/ BGHZ 59/309
2/ RGZ 169/97; BGHZ 23/288, 29/251; ERMAN § 249 Anm. 127
3/ BGH NJW 1971/243; ERMAN § 249 Anm. 127; LAUFS S. 88; PALANDT Vorbem. 8 c vor § 249; CORDES S. 31 (für den Arzt).
4/ Vgl. oben S. 40
5/ Vgl. den von CORDES S. 31 gebrachten Fall: ischämische Muskelkontraktur als typische Folge eines kindlichen Oberarmbruchs, nicht jedoch eines Behandlungsfehlers; vgl. ferner LAUFS S. 92.

Die Beweiswürdigung erfolgt durch das Gericht gemäß § 287 ZPO nach freier Überzeugung. Diese Vorschrift mildert die Beweislast des Klägers für Tatsachen, die Entstehung und Höhe des Schadens betreffen [1]/.

II. Die einzelnen Anspruchsgrundlagen.

1. Vertragsverletzung.

a) Vertragliche Haftung gegenüber dem Verletzten.

Wie oben erwähnt, ist Gegenstand dieser Arbeit von den verschiedenen Formen der Vertragsverletzung nur die positive Vertragsverletzung, diese insbesondere in der Form der Schlechterfüllung. Es soll nun erörtert werden, in welchen Fällen überhaupt ein Vertrag zwischen dem Nichtarzt und dem Verletzten besteht, und um welchen Vertragstyp es sich handelt.

Voraussetzung dafür, daß zwischen dem Nichtarzt und dem zu Behandelnden ein Vertrag zustande kommt, ist der entsprechende Wille beider Parteien. Ein derartige Willensübereinstimmung wird in allen Fällen gegeben sein, in denen als Nichtarzt eine berufsmäßig, selbständig handelnde Person auftritt und diese auf Wunsch des zu Behandelnden tätig wird. Es kommt dann in der Regel ein Dienstvertrag gemäß §§ 611 ff BGB zustande, da Dienste gegen Vergütung vereinbart werden. Leistungsverpflichteter wird insbesondere der Heilpraktiker, die freiberuflich tätige Krankenschwester oder Hebamme, der selbständig arbeitende Masseur oder Pfleger sein. Ein Vertrag zwischen Patient und Nichtarzt kommt dann nicht zustande, wenn letzterer unselbständig für einen anderen (Arzt, Krankenhausträger) arbeitet; der Vertrag besteht in einem solchen Fall nur zwischen Patient und Arzt bzw. Krankenhaus. Die angestellte Krankenschwester, der angestellte Pfleger, die Sprechstundenhilfe, der Student usw. sind also grundsätzlich nicht Vertragspartner des Patienten.

1/ ERMAN § 249 Anm. 132

Außer den vorerwähnten Dienstverträgen kommen im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit folgende Vertragstypen in Betracht: Ein Werkvertrag (§§ 631 ff BGB) liegt vor, sofern die Herstellung eines bestimmten Werks gegen Vergütung geschuldet wird, also z.B. im Falle des Bandagisten oder Prothesenherstellers. Ein Kaufvertrag (§§ 433 ff BGB) ist z.B. gegeben, wenn entgeltlich Arzneimittel, Apparate oder wissenschaftliche Bücher usw. erworben werden.

In der Regel wird beim Dienstvertrag und beim Werkvertrag, gelegentlich auch beim Kaufvertrag, das schuldhafte Handeln des Nichtarztes die unmittelbare Ursache der Körperverletzung sein (z.B. legt der Heilpraktiker einen unsterilen Verband an, stellt der Prothesenhersteller eine Prothese nach von ihm genommenen falschen Maßen her, verkauft der Apotheker versehentlich toxische Stoffe). In solchen Fällen wäre die Haftung des Nichtarztes im Zweifel gegeben. Es sind aber auch Fälle denkbar, insbesondere auch beim Kaufvertrag, bei denen der Schaden durch Verwendung eines fehlerhaften Materials oder Apparats usw. entstand und dem handelnden Nichtarzt dieser Mangel nicht erkennbar war (z.B. Schwester spritzt von der Fabrik fehlerhaft produziertes und schädliches Medikament; Prothesenhersteller verwendet fehlerhaftes Material, Patient stürzt daraufhin und erleidet einen zusätzlichen Körperschaden; Buchhändler verkauft wissenschaftliches Werk, das wegen Druckfehlers eine falsche Medikamentenkonzentration angibt [1]). In diesen Fällen besteht also die besondere Situation, daß der Verletzte zwar zum unmittelbar handelnden Nichtarzt in Vertragsbeziehung steht (aber keinen Schadenersatzanspruch hat), nicht jedoch zum Vorlieferanten/Produzenten, der - in der Regel schuldhaft - die Kausa für die Körperverletzung gesetzt hat. Unmittelbare Ansprüche des Verletzten gegen den Produzenten lassen sich auch nicht aus

---

1/ Vgl. den von HALLERMANN 2 S. 304 mitgeteilten Fall.

Garantie- oder Haftungsverträgen oder aus Vertrag mit Schutzwirkung zu Gunsten Dritter (§ 328 II BGB) oder aus dem Gedanken der Drittschadensliquidation begründen [1]/. Auch eine Produzentenhaftung im Regreßwege ist nicht gegeben, da hierfür ein Anspruch des Geschädigten gegen die Person, die den Eingriff vorgenommen hat, Voraussetzung wäre. Von verschiedenen Autoren werden Lösungen über Quasivertrag und Vertrauensschutz erwogen. Letztlich dürfte aber doch von der von der Rechtsprechung bejahten Deliktshaftung des Produzenten [2]/ auszugehen sein (§ 823 BGB).

b) Vertragliche Haftung gegenüber dem Anstellenden.

Hat der Arbeitgeber für seine angestellte Medizinalhilfsperson gemäß § 278 BGB oder § 831 BGB einzustehen und stellt die zum Schadenersatz verpflichtende Handlung der Hilfsperson gleichzeitig eine schuldhafte Verletzung des Anstellungs-(Dienst-, Arbeits-)Vertrags dar (was in der Regel der Fall sein wird), so kann der Dienstherr seinerseits grundsätzlich den Dienstverpflichteten im Regreßweg in Anspruch nehmen. Eine Minderung der Haftung des Dienstverpflichteten kommt - wie oben dargelegt - dann in Betracht, wenn die zum Schadenersatz verpflichtende Handlung schadensgeneigt war.

2. Delikt.

Unabhängig von vertraglichen Ansprüchen kann dem Verletzten ein Schadenersatzanspruch aus unerlaubter Handlung (§§ 823 ff BGB) zustehen. Es handelt sich hierbei um einen widerrechtlichen und regelmäßig schuldhaften Eingriff in einen fremden Rechtskreis.
§ 823 I BGB bestimmt u.a., daß derjenige Schadenersatz zu leisten hat, der vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper oder die Gesundheit eines anderen widerrechtlich ver-

---

1/ BGH DB 1974/1427 = KDR § 823 BGB I - 17/74; LG Limburg NJW 1969/1574; PALANDT § 823 Anm. 16 B.
2/ BGH DB 1969/32 = KDR § 823 BGB 1969-8-121

letzt. Nach § 823 II BGB trifft die gleiche Verpflichtung denjenigen, der schuldhaft gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Der Tatbestand der unerlaubten Handlung wird insbesondere für denjenigen Nichtarzt von Bedeutung sein, der mit dem Verletzten nicht in Vertragsbeziehungen steht, also die angestellten Medizinalhilfspersonen, ferner die Medizinstudenten.
Die objektiven und subjektiven Tatbestandsmerkmale des § 823 I BGB wurden bereits oben abgehandelt, so daß sich eine nochmalige Erörterung hier erübrigt.
Die in § 823 II BGB erwähnten Schutzgesetze sind alle Rechtsnormen, die den Schutz des einzelnen oder den Schutz einzelner Personenkreise bezwecken; gesetzliche Bestimmungen, die ausschließlich den Schutz der Allgemeinheit zum Ziel haben, sind keine Schutzgesetze im Sinne dieser Vorschrift.
Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang zunächst, ob § 1626 II BGB (kraft der elterlichen Gewalt haben der Vater und die Mutter die Pflicht, für die Person des Kindes zu sorgen) ein Schutzgesetz ist. Dem Inhalt dieser Vorschrift nach wäre der Schutzgesetzcharakter dieser Vorschrift zu bejahen. Er wird gleichwohl abgelehnt [1], wohl im Hinblick darauf, daß § 1664 BGB dem Kind eine eigene Anspruchsgrundlage für eventuelle Schadenersatzansprüche gibt. In dem früher gebrachten Beispiel [2] würde also die Mutter des diabeteskranken Kindes, die die regelmäßigen Insulineinspritzungen übernommen hat und vornehmen muß, diese jedoch schuldhaft unterläßt, dem Kind gemäß § 1664 BGB und nicht gemäß § 823 II BGB haften.

Hingegen dürfte es sich bei den folgenden Vorschriften des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten um Schutzgesetze handeln [3]:

1/ PALANDT § 1626 Anm. 3
2/ Vgl. oben S. 2 und S. 16
3/ Vgl. STAUDINGER § 823 Anm. 529

§ 3 II: Eltern, Erziehungsberechtigte oder der gesetzliche Vertreter sind verpflichtet, für die ärztliche Untersuchung und Behandlung ihrer Pflegebefohlenen zu sorgen.
§ 6 I: Wer an einer Geschlechtskrankheit leidet, hat sich des Geschlechtsverkehrs zu enthalten.
§ 6 II: Wer geschlechtskrank ist oder zu irgendeiner Zeit an Syphilis gelitten hat, ist verpflichtet, sich unmittelbar vor Bestellung des Aufgebots zur Eheschließung von einem in Deutschland bestallten oder zugelassenen Arzt .... untersuchen zu lassen. Kann ein Unbedenklichkeitszeugnis nicht erteilt werden, so ist er verpflichtet, vor Eingehung der Ehe dem anderen Teil über seine Krankheit Mitteilung zu machen.
§ 7 I: Verbot für eine geschlechtskranke Frau, fremde Kinder zu stillen und ihre Milch abzugeben.
§ 7 II: Wer für die Pflege eines geschlechtskranken Kindes zu sorgen hat, darf das Kind von einer anderen Person als der Mutter nur unter bestimmten Voraussetzungen stillen lassen.
§ 7 III: Wer ein geschlechtskrankes Kind in Pflege gibt, muß den Pflegeeltern vor Beginn der Pflege von der Krankheit des Kindes Mitteilung machen.
§ 7 IV: Ein Geschlechtskranker darf kein Blut spenden.

Hingegen sind die Vorschriften des Bundes-Seuchengesetzes (insbesondere die §§ 11, 12, 13, 63, 64, 65) nicht als Schutzgesetze anzusehen, da sie primär den Schutz der Allgemeinheit, nicht jedoch den Schutz von bestimmten Einzelpersonen zum Gegenstand haben.

Die Vorschriften der §§ 203 StGB, 715 RVO und 35 SGB, die die Geheimhaltungspflichten regeln, sind als Schutzgesetze anzusehen, da - neben dem allgemeinen Vertrauen in die Verschwiegenheit der Angehörigen bestimmter Berufe, Behörden usw. - das Individualinteresse an der Geheimhaltung bestimmter Tatsachen geschützt werden soll [1].

1/ Bejahend für §§ 201 ff StGB STAUDINGER § 823 Anm. 526; bejahend für § 35 SGB HAUCK-HAINES SGB I K 35 Anm. 21

Ferner ist darauf hinzuweisen, daß der betrügerische Nichtarzt gemäß § 823 II BGB i.V.m. § 263 StGB auf Schadenersatz haftet [1]. Hier ist zu denken an den Verkauf untauglicher Gesundheitsmittel oder die Anwendung untauglicher Diagnose- oder Therapieverfahren. Insoweit kommt insbesondere der kurpfuschende Heilpraktiker in Betracht. Folgender Fall wurde zuverlässig über einen ausländischen Heilpraktiker berichtet: Ein Patient suchte den Heilpraktiker zur Behandlung von Kopfschmerzen auf. Dem Patienten wurde etwas Blut aus dem Ohrläppchen auf saugfähiges Papier entnommen. Diese Probe wurde in ein "de-la-Warr"-Strahlungsgerät gelegt, das angeblich die Gedankenenergie des Heilpraktikers verstärkte. Dem Patienten wurde eröffnet, daß der Erfolg nach einer Bestrahlungsdauer von 3/4 - 1 Jahr eintreten werde (Entfernung 150 km). Hinsichtlich der Bezahlung wurde abgesprochen, daß die "Konsultation" unentgeltlich sei, das Honorar sich vielmehr nach der Dauer der Bestrahlung richte. Die Behandlung wurde erfolglos - allerdings bereits nach einem halben Jahr - abgebrochen.

Bei § 330 c StGB handelt es sich nicht um ein Schutzgesetz im Sinne von § 823 II BGB [2].

Der Geschäftsherr des Nichtarztes, der rechtswidrig (nicht notwendig schuldhaft) eine Körperverletzung begangen hat, haftet dem Verletzten gemäß § 831 I 1 BGB auf Schadenersatz, sofern er nicht den Entlastungsbeweis gemäß Abs. I S. 2 dieser Vorschrift führen kann.

3. Konkurrenz von Vertrag und Delikt.

Wie schon erwähnt, kann der selbständig handelnde Nichtarzt (der Heilpraktiker, die freiberuflich tätige Krankenschwester usw.) den Patienten in rechtlicher Hinsicht in der Weise schädigen, daß er den Behandlungsvertrag schlecht erfüllt oder dadurch, daß er den Tatbestand des § 823 BGB in der einen oder

---

1/ § 263 StGB ist Schutzgesetz; vgl. STAUDINGER § 823 Anm. 516, 523, 526

2/ STAUDINGER § 823 Anm. 519, 527

anderen Weise verwirklicht. In derartigen Fällen kommen Vertrags- und Deliktshaftung grundsätzlich nebeneinander zur Anwendung [1]. Die entstehenden mehreren konkurrierenden Ansprüche können unabhängig von einander geltend gemacht werden. Wird einer der Ansprüche erfüllt, so erlöschen die anderen [2]. Der Verletzte wird bei der Wahl, welcher Anspruchsgrundlage er den Vorzug geben will, folgende Unterschiede abzuwägen haben:
Bei Vertragshaftung kann sich der haftende Geschäftsherr im Gegensatz zur unerlaubten Handlung nicht exkulpieren. Während das Vertragsrecht kein Schmerzensgeld gewährt, ist dies der Fall im Deliktsrecht. Der vertragliche Schadenersatzanspruch verjährt in 30 Jahren (§ 195 BGB), der deliktische in 3 Jahren (§ 852 BGB). Bei vertraglichen Ansprüchen kommen dem Geschädigten die Beweislastregeln der §§ 282 und 285 BGB zugute, während der sich auf Delikt stützende Kläger voll beweispflichtig ist. Zusammenfassend kann man sagen, daß die Ansprüche aus Vertrag in der Regel weitergehend, länger einklagbar und leichter beweisbar sind, während das Deliktsrecht den Vorteil des Schmerzensgeldanspruchs bietet.

1/ LIEBHARDT-SPANN S. 278; TEICH 2 S. 414
2/ BGHZ 9/301, 46/140; ERMAN Vorbem. 30 vor § 823; LIEBHARDT-SPANN S. 278; PALANDT Einf. vor § 823 Anm. 2; TEICH 2 S. 414

Ergebnis

Die vorliegende Arbeit hat die Pflichten der Medizinalhilfspersonen wie auch der zum Helfen aufgerufenen Laien umrissen. Bei der Abhandlung des Themas haben sich folgende Punkte als bestimmend erwiesen:

1. Es gibt (bis auf wenige Ausnahmen) weder für Ärzte noch für Nichtärzte einen Katalog der von diesen Personen zu erfüllenden Pflichten, wie es grundsätzlich ebenso auch keine allgemeine klare Abgrenzung der Aufgaben des medizinischen Hilfspersonals von denen der Ärzte gibt. Ebensowenig existiert ein spezielles Haftungsrecht. Andererseits aber ist das nichtärztliche Personal in der täglichen Arbeit mit hohen Risiken belastet. Es sind viele Grenzfälle denkbar, wo Hilfspersonen Tätigkeiten ausüben, denen sie nicht gewachsen sind. Darf eine Krankenschwester z.B. intubieren oder verantwortlich die Narkose durchführen? Derartige Fälle geschehen, weil der Handelnde entweder die eigene Unzulänglichkeit nicht eingestehen will, oder weil er sich selbst überschätzt, oder weil er und seine Vorgesetzten die juristische Problematik nicht durchschauen, oder weil man irrtümlich glaubt, rechtmäßig zu verfahren. In diesen unklaren Grenzfällen ist also die bestehende Rechtsordnung nicht ausreichend. Ohne einer allesumfassenden Reglementierung das Wort reden zu wollen, muß doch gesagt werden, daß in diesem juristischen Niemandsland, das nur sporadisch mit Kasuistik belebt ist, eine Aufgabenzuteilung und Kompetenzregelung durch den Gesetzgeber oder die ermächtigte Verwaltungsbehörde angebracht erscheint. Folgende Parallele läßt sich ohne weiteres ziehen: Durch Gesetz ist z.B. eindeutig abgegrenzt, was einerseits der Richter und andererseits der Rechtspfleger zu erledigen hat. Entsprechendes wäre - zumindest für Teilbereiche - in der Medizin ebenso möglich. - Hinsichtlich der Heilpraktiker erscheint die Ersetzung des bestehenden Negativkatalogs durch einen

positiven Betätigungskatalog wünschenswert, wenn dieser Beruf nicht sogar ganz abgeschafft werden sollte.

2. Die nähere Umschreibung der Aufgabenbereiche sollte zumindest mit der Aufrechterhaltung des bisherigen Ausbildungsniveaus, wenn nicht sogar mit einer besseren Ausbildung der Medizinalhilfspersonen verbunden sein. Zur Zeit ist die Diskussion darüber im Gang, ob der Bonner Regierungsentwurf zur Neuregelung der Krankenpflege den Bedürfnissen der Krankenschwestern gerecht wird. - Hinsichtlich der Heilpraktiker kann von einer echten Ausbildung keine Rede sein. In der überwiegenden Zahl der Fälle wird ohne jede Kenntnis der naturwissenschaftlichen Grundvorgänge "behandelt". Die der Zulassung vorausgehende Prüfung beschränkt sich im wesentlichen darauf, ob der Antragsteller so viele heilkundliche Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, daß die Ausübung der Heilkunde durch ihn nicht zu einer Gefahr für die Volksgesundheit wird (wobei auf die Kenntnis der übertragbaren Krankheiten und der gesetzlichen Grenzen der Heilpraktikertätigkeit besonderer Wert gelegt wird). In Anbetracht der fehlenden Aussagekraft des Prüfungsergebnisses wäre - wie schon erwähnt - die Abschaffung dieses Berufes oder eine wesentliche Verschärfung der Prüfung in Verbindung mit einer genauen Umschreibung des Tätigkeitsbereichs angebracht. - Der Laie, der bei einem Unfall auf der Straße helfen soll, ist zwar durchweg willig und auch nach seinen Kräften tätig, doch sind seine Erste-Hilfe-Kenntnisse in der Regel völlig unzureichend. Nach Ansicht des Sozialwissenschaftlichen Instituts für Katastrophen- und Unfallforschung, Kiel, muß die Hilfsfähigkeit des Bürgers verbessert werden. Zu diesem Zweck sollte es zur allgemeinen Pflicht gemacht werden, Erste-Hilfe-Kurse zu absolvieren und in regelmäßigen Abständen zu wiederholen.

3. Dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten sollte auch weiterhin Priorität eingeräumt sein. Beim Pflegepersonal (und mindestens ebenso bei den Ärzten) muß hinsichtlich Aufklärung und Einwilligung des Patienten mehr Verständnis und Koopera-

tionsbereitschaft geschaffen werden. Die Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Juristen wäre (etwa durch gemeinschaftliche Tagungen, Aufklärungsschriften usw.) zu verbessern, so daß einerseits dem am Patienten Tätigen die Sorge davor genommen wird, er solle von den Richtern zum formalisierenden Konsenseinholer und zur Berufsethik erzogen werden, andererseits aber der Jurist die Grenzen seines Bestrebens erkennt, Vertrauen durch Vertrag zu ersetzen.

Literaturverzeichnis

(Zitierweise)

BAY	E. Bay: Injektionsschäden des Nervus ischiadicus. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 86. Jahrgang, 1961, S. 505 ff.
BERG	Steffen P. Berg: Grundriß der Rechtsmedizin. München 1976
BOCKELMANN 1	Paul Bockelmann: Rechtliche Grundlagen und rechtliche Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht. Neue Juristische Wochenschrift, 11. Jahrgang, 1961, S. 945
BOCKELMANN 2	Paul Bockelmann: Strafrecht des Arztes. Stuttgart 1968
BÖSCHE 1	Jürgen W. Bösche: Zur Frage der Zulässigkeit der Ausführung von Injektionen durch Krankenschwestern; Erfordernis der ärztlichen Aufsicht und Belehrung. Ärztliche Mitteilungen, 1960, S. 80 ff.
BÖSCHE 2	Jürgen W. Bösche: Eine weitere Entscheidung über die Zulässigkeit der Ausführung intramuskulärer Injektionen durch approbierte Krankenschwestern. Ärztliche Mitteilungen, 1960, S. 701 ff.
BRANDIS-PRIBILLA	Cordt von Brandis - Otto Pribilla: Arzt und Kunstfehlervorwurf. München 1973
BRENNER 1	Günter Brenner: Darf das Krankenpflegepersonal Injektionen, Transfusionen, Infusionen und Blutentnahmen vornehmen? Die Medizinische Welt, I/1972, S. 235 ff.
BRENNER 2	Günter Brenner: Weiterbildung zur Fachschwester und zum Fachpfleger für Anaesthesie und Intensivtherapie als haftungsrechtliches Problem. Der Anaesthesist, 23. Band, 1974, S. 202 ff.
BURCK	Gerhard Burck: Die Haftung für Behandlungsfehler der Ärzte an Universitätskliniken unter dem Blickpunkt gefahrengeneigter Arbeit. Versicherungsrecht, 19. Jahrgang, 1968, S. 613 ff.

CORDES	Cordes: Wann Umkehr der Beweislast vom Patienten auf den Arzt bei Schadensersatzansprüchen gegen den Arzt? Mitteilungen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, 1964, S. 30 f.
DREHER	Eduard Dreher: Strafgesetzbuch, Kurz-Kommentar. 37. Aufl. München 1977
ENGISCH	Karl Engisch: Ärztlicher Eingriff zu Heilzwecken und Einwilligung. Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 58. Band, S. 1 ff.
ERMAN	Walter Erman - H.P.Westermann - K.Küchenhoff Handkommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 6. Aufl. Münster 1975
GÖBBELS	H. Göbbels: Ärztliche Haftung bei intravenösen Injektionen durch Hilfspersonal. Die Medizinische Welt, I/1964, S. 311
GOLDHAHN-SCHLÄGER	Richard Goldhahn - Max Schläger: Fehler und Gefahren bei Einspritzungen und ihre rechtlichen Folgen. Stuttgart 1948
HALLERMANN 1	W. Hallermann: Operationsrecht und ärztlicher Kunstfehler. In: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin. Hefte zur Unfallheilkunde, Beihefte zur "Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin", Heft 60, 1959, S. 27 ff.
HALLERMANN 2	W. Hallermann: Zwischenfälle und Kunstfehler im Krankenhaus. Der Internist, Jahrgang 6, 1965, S. 301 ff.
HAUCK-HAINES	Karl Hauck - Hartmut Haines: Sozialgesetzbuch. Kommentar. Berlin 1976
HELFER	Otto Helfer: Kleine Gesetzeskunde für Medizinalfachpersonen. 15. Aufl. Berlin-New York 1978
HESS	Arnold Hess: Disziplinarmaßnahmen wegen Verletzung kassenärztlicher Pflichten; Blanko-Rezepte und Vornahme intravenöser Injektionen durch Sprechstundenhilfen. Ärztliches Mitteilungen - Deutsches Ärzteblatt - 1959, S. 1370 f.

JESCHEK	Hans-Heinrich Jeschek: Lehrbuch des Strafrechts, Allgemeiner Teil. 3. Aufl. Berlin 1978
KLEINEWEFERS-WILTS	Herbert Kleinewefers - Walter Wilts: Die Schweigepflicht der Krankenhausleitung. Neue Juristische Wochenschrift, 1961, S. 428 ff.
KOHLHAAS 1	Max Kohlhaas: 10 Jahre Bundesgerichtshof. Rechtsprechung zum Arztrecht in Strafsachen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1962, S. 1157 ff.
KOHLHAAS 2	Max Kohlhaas: Blutentnahme durch erfahrene Krankenschwestern? Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1968, S. 1734 ff.
KOHLHAAS 3	Max Kohlhaas: Operationsarzt und Überwachung der Instrumente. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1968, S. 1922
KOHLHAAS 4	Max Kohlhaas: Zur Haftung des Arztes für Fehler des Hilfspersonals. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1969, S. 2655 f.
KOHLHAAS 5	Max Kohlhaas: Medizin und Recht. München-Berlin-Wien 1969
KUHNS	Richard R. Kuhns: Das gesamte Recht der Heilberufe. Berlin 1958
LACKNER	Karl Lackner: Strafgesetzbuch mit Erläuterungen. 11. Aufl. München 1977
LAUFS	Adolf Laufs: Arztrecht. München 1977
LEIPZKOMM	Paulheinz Baldus - Günther Willms: Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar. 9. Aufl. Berlin-New York 1974
LENCKNER	Theodor Lenckner: Ärztliches Berufsgeheimnis. In: Arzt und Recht. München 1966

LIEBHARDT-SPANN	Erich Liebhardt - Wolfgang Spann: Ärztliche Rechts- und Standeskunde. In: Wolfgang Schwerd: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin. Köln 1957
MAURACH	Reinhart Maurach: Deutsches Strafrecht, Besonderer Teil. Karlsruhe 1969 mit Nachtrag 1970 und 1971
MAURACH-ZIPF	Reinhart Maurach - Heinz Zipf: Strafrecht. Allgemeiner Teil. Teilband 1. 5. Aufl. Heidelberg-Karlsruhe 1977
MEZGER-BLEI	Edmund Mezger - Hermann Blei: Strafrecht. II. Besonderer Teil. München und Berlin 1966
MUELLER-WALCHER	Berthold Mueller - Kurt Walcher: Gerichtliche und soziale Medizin einschließlich des Ärzterechts. München-Berlin 1944
OBERSTES GERICHT DDR	Oberstes Gericht der DDR, Sammelband, Staatsverlag der DDR, Berlin 1970
PALANDT	Otto Palandt: Bürgerliches Gesetzbuch - Kommentar. 36. Auflage, München 1977
PERRET 1	Wolfgang Perret: Arzthaftpflicht. München und Berlin 1956
PERRET 2	Wolfgang Perret: Darf eine Krankenschwester intravenöse Einspritzungen verabreichen? Deutsche Schwestern-Zeitung, 1965, S.414 f.
PONSOLD	Albert Ponsold: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart 1957
PONSOLD-SCHMELCHER	A. Ponsold - R. Schmelcher: Blutentnahme durch approbierte Krankenschwestern und medizinisch-technische Assistentinnen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1959, S. 1834
RABE	Fritz Rabe: Berufskunde für Heilpraktiker. München 1978
SCHMIDT	Eberhard Schmidt: Der Arzt im Strafrecht. Leipzig 1939

SCHÖNKE-SCHRÖDER	Adolf Schönke - Horst Schröder: Strafgesetzbuch - Kommentar. 19. Aufl. München 1978
SCHRÖDER	Horst Schröder: Eigenmächtige Heilbehandlung im geltenden Strafrecht und im StGB-Entwurf 1960. Neue Juristische Wochenschrift, 1961, S. 951 ff.
SCHULZ 1	Georg Schulz: Der Arzt vor dem Richter. Ein Arztrecht für den Praktiker. Hannover 1961
SCHULZ 2	Georg Schulz: Aussagepflicht des Arztes bei Schädigung des Patienten durch Krankenhauspersonal. Medizinische Klinik, 1968, S. 1401
SPANN	Wolfgang Spann: Ärztliche Rechts- und Standeskunde. München 1962
STAUDINGER	J.v.Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen. 10./11. Aufl., Berlin 1975
TEICH 1	Ulrich Teich: Die Rechtsstellung der Krankenschwestern und Krankenpflegehelferinnen in ihren Verbänden und in der Krankenanstalt. Diss.jur. Würzburg 1972
TEICH 2	Ulrich Teich: Die zivilrechtliche Haftung der Krankenschwestern in der Krankenanstalt. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift (früher Deutsche Schwestern-Zeitung), 1974, S.413 ff.
THIERSCH	Friedrich Thiersch: Beiträge zur ärztlichen Rechtskunde. Giessen 1950
UHLENBRUCK 1	Wilhelm Uhlenbruck: Die vertragliche Haftung von Krankenhaus und Arzt für fremdes Verschulden. Neue Juristische Wochenschrift, 1964, S. 2187 ff.
UHLENBRUCK 2	Wilhelm Uhlenbruck: Die Schadensausgleichspflicht des Krankenhausträgers gegenüber dem angestellten Krankenhausarzt aus dem Gesichtspunkt der gefahren- oder schadensgeneigten Tätigkeit. In: Wirtschaftsprüfer im Dienst der Wirtschaft, Festschrift für Ernst Knorr, Düsseldorf 1968

VOSS-HERRLINGER	Hermann Voss - Robert Herrlinger: Taschenbuch der Anatomie. Band I Bewegungsapparat 15. Aufl. Stuttgart 1975 Band III Nervensystem usw. 14. Aufl. Stuttgart 1973
WELZEL	Hans Welzel: Das Deutsche Strafrecht. Berlin 1969
WESTERMANN	Harm Peter Westermann: Zivilrechtliche Verantwortlichkeit bei ärztlicher Teamarbeit. Neue Juristische Wochenschrift, 1974, S. 577 ff.

Abkürzungsverzeichnis

BAG	= Bundesarbeitsgericht
BayGVBl.	= Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt
BayObLG	= Bayerisches Oberstes Landesgericht
BB	= Betriebsberater
BGB	= Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	= Bundesgerichtshof
BGHSt	= Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
BGHZ	= Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen
DB	= Der Betrieb
FAZ	= Frankfurter Allgemeine Zeitung
GG	= Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
JR	= Juristische Rundschau
KDR	= Kartei der Deutschen Rechtsprechung. Juristischer Fachverlag Till Burger GmbH, München
KG	= Kammergericht
LG	= Landgericht
LM	= Nachschlagewerk des Bundesgerichtshofs, herausgegeben von Lindenmaier-Möhring
LSG	= Landessozialgericht
MDR	= Monatsschrift für Deutsches Recht
MTA	= Medizinisch-technische Assistentin
NJW	= Neue Juristische Wochenschrift
OLG	= Oberlandesgericht
RGSt	= Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen
RGZ	= Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen
SGB	= Sozialgesetzbuch
StGB	= Strafgesetzbuch
StPO	= Strafprozeßordnung
VersR	= Versicherungsrecht, Juristische Rundschau für die Individualversicherung
VRS	= Verkehrsrechts-Sammlung, Entscheidungen aus allen Gebieten des Verkehrsrechts

VWD	= Vereinigte Wirtschaftsdienste
ZStW	= Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft
ZPO	= Zivilprozeßordnung

Lebenslauf

Am 27. Mai 1928 wurde ich als jüngster von drei Söhnen des Regierungsrats Wolfgang Grimm und seiner Ehefrau Elisabeth geb. Krug in Aachen geboren. Nach dreijährigem Volksschulunterricht besuchte ich das Realgymnasium in Aachen von Ostern 1937 bis zur Räumung Aachens im Herbst 1944 und anschließend die Oberschule in Neustadt/Orla (Thüringen), wo ich die Reifeprüfung am 23. März 1945 bestand.

Da die Nachkriegsverhältnisse die sofortige Aufnahme eines Studiums nicht zuließen, arbeitete ich zunächst 5 Jahre kaufmännisch in mehreren Unternehmen, u.a. 3 1/2 Jahre in der Aachener Filiale einer ausländischen Großbank zunächst als Lehrling und dann als Angestellter. Nach dem Studium der Rechtswissenschaft an der Universität Köln bestand ich im Jahre 1955 die erste juristische Staatsprüfung. 1959 promovierte ich bei Herrn Professor Erman zum Dr.jur. über das Thema "Uneinheitliche Stimmrechtsausübung und vertragliche Stimmrechtsbindung im Aktienrecht". Nach 3 1/2 Jahren Referendarzeit erwarb ich im Jahre 1960 durch Absolvierung der zweiten juristischen Staatsprüfung die Befähigung zum Richteramt. Anfang 1961 wurde ich in den Vorstand einer Hypothekenbank berufen. Nach mehrjähriger Tätigkeit in diesem Institut war ich vorübergehend Justitiar im Grundig-Konzern. In der Folgezeit arbeitete ich wieder in Banken des laufenden Kreditgeschäfts. Unter anderem hatte ich die Aufgabe, beim Aufbau einer neu eröffneten Bankfiliale als deren Leiter mitzuwirken. Die letzten 3 Jahre meines "ersten Lebens" arbeitete ich in München als Filialdirektor einer überregionalen Geschäftsbank. Im Zusammenhang mit dieser Tätigkeit war ich zeitweise gerichtlich bestellter Zwangsverwalter eines Krankenhauses. Insgesamt war ich fast 20 Jahre im Wirtschaftsleben tätig.

Die Aufnahme und Fortführung des Medizinstudiums waren durch die bestehenden numerus-clausus-Regelungen erschwert. Erst nach 7 Prozessen gegen die Zentrale Zulassungsstelle in Dortmund (eines dieser Verfahren wurde vom Bundesverfassungsgericht entschieden) und 2 Prozessen gegen das Land Bayern/ Universität München erhielt ich die endgültige Studienzulassung. Zur Zeit studiere ich Medizin im 2. klinischen Abschnitt, nachdem ich im Jahre 1977 die Ärztliche Vorprüfung und im Jahre 1978 den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bestanden habe. Ich beabsichtige, mich demnächst als Landarzt niederzulassen.